

Landratsamt Alb-Donau-Kreis
Sozialamt
Leistungssachbearbeitung Eingliederungshilfe
Schillerstraße 30
89077 Ulm

Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Name, Vorname	
Ggf. vertreten durch	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/
Welche Leistung zur Teilhabe möchten Sie beantragen?	
Warum möchten Sie diese Leistung beantragen?	
Bei welchem Leistungserbringer möchten Sie die Leistung in Anspruch nehmen)?	

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67b Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I)

<u>Angaben zum Antragsteller</u>	
Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsstatus	
Zuzug am Zuzug von	
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten? Wenn ja, von welchem Träger der Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Telefon und Email	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor <input type="checkbox"/> Ausweis liegt vor <u>(bitte fügen Sie eine Kopie bei)</u> <input type="checkbox"/> Ausweis wurde beantragt

<u>Angaben zur Behinderung</u>	
Art der Behinderung/Einschränkung	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor <input type="checkbox"/> Ausweis liegt vor <u>(bitte fügen Sie eine Kopie bei)</u> <input type="checkbox"/> Ausweis wurde beantragt
Ursache der Behinderung	
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen? z.B. Unfall, Gewaltverbrechen, Impfschaden, etc	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Falls ja, bitte näher ausführen

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, von welchem Gesetz
	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter/Vormund/Erziehungsberechtigter
Bitte Nachweis beifügen

☐ Es liegt keine Betreuung vor

Name	
Anschrift	
Telefon und Email	

Krankenversicherung

Name und Anschrift der Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

☐ Pflichtversichert
 ☐ Familienversichert über wen? _____
 ☐ Freiwillig versichert
 ☐ Privatversichert

Pflegeversicherung

- ☐ es besteht keine Pflegebedürftigkeit
☐ es besteht Pflegebedürftigkeit/ Pflegegrad _____
☐ Pflegegrad wurde beantragt

Welche Pflegeleistungen erhalten Sie, z. B. Sachleistungen, Geldleistungen, Kombination, Entlastungsbetrag ? Bitte geben Sie auch die Höhe an.

<u>Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger:</u> Bitte Nachweise beifügen (Bescheid)			
		<u>Welche Leistung wurde bewilligt?</u>	<u>Ansprechpartner, Anschrift</u>
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere:			

<u>Angaben zur Wohnform</u>	
Wie wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> selbstständig in eigenem Wohnraum <input type="checkbox"/> bei den Eltern/Angehörigen <input type="checkbox"/> Assistenzleistungen in eigenem Wohnraum/ besonderer Wohnform

Hinweis zur Mitwirkung:

Wir weisen darauf hin, dass Sie (bzw. der/die von Ihnen Vertretene) im Rahmen der Antragsstellung zur Mitwirkung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Die Mitwirkung ergibt sich aus § 60 SGB I. Kommen Sie Ihrer Mitwirkung nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§60, 66 SGB I).

Hinweise zum Datenschutz

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass, wir Ihren Antrag ohne Zustimmung zum Datenaustausch in einzelnen oder allen Bereichen gegebenenfalls nicht weiterbearbeiten können.

Widerspruchsrecht / Einwilligung

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben).

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, eingeholt werden können. Desweiteren können Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

☐ ja ☐ nein

Erklärung:

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Dritte auf das Landratsamt Alb-Donau-Kreis übergeleitet und Ersatzansprüche gegen andere Leistungsträger geltend gemacht werden können. Ich bestätige, dass ich jede Änderung der Familien-, Wohn-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfs. des gesetzlichen Vertretung)

Landratsamt Alb-Donau-Kreis
Sozialamt
Leistungssachbearbeitung Eingliederungshilfe
Schillerstraße 30
89077 Ulm

Vermögenserklärung zum Antrag auf Eingliederungshilfe SGB IX

Name, Vorname	
Aktenzeichen	

Ich verfüge über folgendes Vermögen: (bitte jeweils Nachweise beifügen)

Girokonto

ja ☐ nein ☐

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

weitere Girokonten

ja ☐ nein ☐

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

Konto/Treuhandkonto

ja ☐ nein ☐

bei Leistungserbringer

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

Sparkonto (Sparbuch)

ja ☐ nein ☐

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

weitere Sparkonten

ja ☐ nein ☐

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

Bargeld

Wert: _____ €

weiteres Guthaben

Wie bei PayPal, Klarna, Kreditkarte,
Kryptowährung, etc.

ja ☐

nein ☐

Wert:

€

Geschäftsanteile

ja ☐

nein ☐

Bei Volks- und Raiffeisenbanken etc.

Wert:

€

Wertpapiere

Wie Aktien, Optionen,
Genussscheine, Schatzbriefe,
Rentenpapiere, etc.

ja ☐

nein ☐

Wert:

€

Festanlagen/Sparbriefe

ja ☐

nein ☐

Wert:

€

Bausparvertrag

ja ☐

nein ☐

Bank:	
IBAN:	
Kontostand:	

Versicherungen

Wie Lebensversicherung,
Sterbegeldversicherung,
Riesterrente, Bestattungs-
vorsorgevertrag, etc.

ja ☐

nein ☐

Versicherungsgesell- schaft:	
Versicherungsnummer:	
Rückkaufswert:	

Sonstiges Vermögen

Fahrzeuge

ja ☐

nein ☐

Modell:	
Baujahr:	
Kilometer- stand:	

Sonstiges Vermögen

Erbansprüche

z.B. Erbschaften, Pflichtteils-/
Pflichtteilsergänzungsansprüche

ja ☐

nein ☐

Erbfall am:	
Name:	

Veräußerungen/
Schenkungen
bert,

Wurde Vermögen (insbesondere Grundstücke) innerhalb der letzten 10 Jahre vor Beantragung der Leistung an Dritte veräu-

übertragen oder verschenkt? ja ☐ nein ☐

Wann?	
Wert?	
Art, Größe	

Ansprüche

Bestehen vertragliche Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, häusliche Wartung und Pflege) aus Übergabe- und Schenkungsverträgen? ja ☐ nein ☐

Immobilien
(auch im Ausland)
bebaute Grundstücke

ja ☐ nein ☐

Gemarkung:	
Flurstück-Nr.	
Größe (in ar)	

unbebaute Grundstücke

ja ☐ nein ☐

Gemarkung:	
Flurstück-Nr.	
Größe (in ar)	

Betriebsvermögen

ja ☐ nein ☐

Sonstiges

ja ☐ nein ☐

Bitte belegen Sie sämtliche Angaben durch geeignete Nachweise und beantworten Sie jede Frage. Die Fehlanzeige ist erforderlich.

Hinweise zum Datenschutz

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden

Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass, wir Ihren Antrag ohne Zustimmung zum Datenaustausch in einzelnen oder allen Bereichen gegebenenfalls nicht weiterbearbeiten können. Wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung, ganz oder teilweise versagt werden.

Widerspruchsrecht / Einwilligung

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben).

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, eingeholt werden können. Desweiteren können Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

☐ ja ☐ nein

Erklärung:

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass ich jede Änderung der Vermögensverhältnisse von mir und meinen Angehörigen mitteilen muss. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden und zu einer Rückforderung der Leistung führen können. Mit meiner Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben versichert.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfs. des gesetzlichen Vertretung)

Landratsamt Alb-Donau-Kreis
 Sozialamt
 Leistungssachbearbeitung Eingliederungshilfe
 Schillerstraße 30
 89077 Ulm

Einkommenserklärung zum Antrag auf Eingliederungshilfe SGB IX

Name, Vorname	
Aktenzeichen	

Daten der Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
falls bereits verstorben, Sterbedatum		

Daten des/r nicht getrenntlebenden Ehegatten/in, Lebenspartners/in oder Partners/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft

(Die Angaben sind freiwillig. Sie können ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
falls bereits verstorben, Sterbedatum	

Daten der unterhaltsberechtigten Kinder (sofern im gleichen Haushalt lebend)

(Die Angaben sind freiwillig. Sie können ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken. Für weitere Kinder verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.)

	Kind 1	Kind 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		

Bankverbindung

Name der Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	

Leistungen für den Lebensunterhalt (Bitte Nachweise beifügen)

Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die nachfolgenden Fragen zum Einkommen müssen nur beantwortet werden, wenn keine Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt) bzw. SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) bezogen werden

Einkünfte des Vorjahres

(Bitte Steuerbescheid bzw. geeignete Nachweise beifügen)

Jahresbeträge

Einkünfte aus selbstständiger Arbeit	
Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (Lohn, Gehalt, Werkstatt-Lohn)	
Renten aller Art (auch ausländische Renten)	
Renten aller Art (auch ausländische Renten)	
Arbeitslosengeld I	

hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung, ganz oder teilweise versagt werden.

Widerspruchsrecht / Einwilligung

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben).

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, eingeholt werden können. Desweiteren können Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

☐ ja ☐ nein

Erklärung:

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass ich jede **Änderung der Einkommensverhältnisse** von mir **mitteilen muss**. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden und zu einer Rückforderung der Leistung führen können.

Mit meiner Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben versichert.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfs. der gesetzlichen Vertretung)

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung und Beteiligung am Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren

Persönliche Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl + Wohnort: _____

1. Zweck und Hinweise zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir Daten, die wir verarbeiten müssen. Datenverarbeitung bedeutet, dass wir ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung, Daten von Ihnen direkt oder von anderen Stellen erheben und soweit erforderlich an andere Stellen übermitteln. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung ergeben sich aus § 35 SGB I, §§ 67ff SGB X. Die Datenverarbeitung umfasst insbesondere die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten sowie die nachfolgende Dokumentation und Übermittlung im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens einschließlich der individuellen Bedarfsermittlung bis zur Leistungsentscheidung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX.

2. Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Im Rahmen der Antragstellung bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Trägers der Eingliederungshilfe der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen
- Nachweise/Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen

Daraus ergibt sich, dass Sie die nachfolgende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

Zur Bedarfsermittlung benötigen wir zudem Ihre Mitwirkung am Verfahren der Bedarfsermittlung Baden-Württemberg (BEI_BW) und zum Gesamt- bzw. Teilhabeplan. Hierzu planen wir gemeinsam mit Ihnen ein oder auch mehrere Gespräche. Dazu laden wir Sie noch gesondert ein. Wir möchten von Ihnen in diesem Gespräch zum Beispiel wissen, welche Wünsche und Ziele Sie haben, was Sie gut können und was Sie nicht so gut oder gar nicht können. Nur wenn wir das wissen, können wir mit Ihnen gemeinsam genau die Unterstützung und Leistung planen, die Sie brauchen, die zu Ihnen passt und Ihnen auch wichtig ist.

Deshalb unsere Bitte: Bei Fragen zu Ihrer Antragstellung und den damit verbundenen Mitwirkungspflichten kommen Sie auf uns zu. Wir unterstützen Sie gerne.

3. Einwilligungserklärung

3.1 Einholung von Auskünften

Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten einholt, die für die Entscheidung erforderlich sind und in Form von Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und den Beeinträchtigungen der Körperfunktionen im BEI_BW erhebt und dokumentiert:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	öffentliche Gesundheitsdienst: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (MPD des KVJS)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arzt/Facharzt: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychologe: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klinik: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	begutachtende Stelle: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Versorgungsamt: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jugendamt: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schulamt: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kindertageseinrichtung: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegekasse: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Integrationsfachdienst: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dienstleister/Leistungserbringer: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige: _____

3.2 Weitergabe von Daten

- a) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabepланverfahrens nach SGB IX (z.B. zur Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabepлankonferenz) erforderliche Daten, Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung etc. zur Abstimmung an gegebenenfalls weitere beteiligten Leistungsträger nach § 117 Abs. 3-5 SGB IX übermittelt, sofern Sie der Beteiligung unter 6.1 zugestimmt haben

☐ Ja ☐ Nein

- b) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen (z.B. Arztberichte, MDK-Gutachten) an andere Stellen nach § 22 SGB IX, an ärztliche Gutachter (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Landesärzte für Behinderte, MPD des KVJS) weitergibt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

☐ Ja ☐ Nein

4. Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen unter 3.1 und 3.2 generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin und ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 DSGVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung (s. unter 2.) wurde ich hingewiesen.

5. Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich die Einwilligungen jederzeit widerrufen kann. Dabei bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Daten unberührt, die bis zu meinem Widerruf getätigt wurden.

6. Zustimmung zur Beteiligung und Teilnahme anderer Leistungsträger und Stellen

6.1 Gesamt- bzw. Teilhabeplan, Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren

Als Träger der Eingliederungshilfe sind wir verpflichtet im Vorfeld einer möglichen Leistungsbeurteilung einen Gesamtplan nach §117 SGB IX zu erstellen und spätestens nach 2 Jahren fortzuschreiben. Der Gesamtplan ist die Grundlage für den Bescheid, in welchem wir über Ihren Antrag entscheiden. Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens werden wir Ihre Bedarfe umfassend ermitteln, so dass wir gegebenenfalls andere Leistungsträger oder Stellen nach § 22 SGB IX beratend beteiligen. Dies ist jedoch nur mit Ihrer Zustimmung möglich, um die wir Sie nachfolgend bitten.

Ich bin einverstanden, dass nachfolgende Stellen beratend am Gesamt-bzw. Teilhabeplanverfahren beteiligt werden:

☐ Ja ☐ Nein

Pflegekasse: _____

☐ Ja ☐ Nein

Träger der Leistungen der Hilfe zur Pflege:

☐ Ja ☐ Nein

Träger der Leistungen für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt: _____

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, MPD des KVJS: _____)

6.2 Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz §§ 119, 20 SGB IX

Falls erforderlich können wir mit Ihrer Zustimmung eine Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz durchführen. Dabei beraten wir und andere beteiligte Leistungsträger gemeinsam mit Ihnen über die Unterstützungsbedarfe und die notwendigen Leistungen. Wenn Sie möchten, können Sie eine Person des Vertrauens (z.B. Ihre gesetzliche Vertretung, aus ihrem Freundes-/Familienkreis, Beratungsperson der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung -EUTB, etc.) mitbringen.

- Ich stimme der Durchführung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz zu.

☐ Ja ☐ Nein

- Ich nehme daran teil:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, folgende Person des Vertrauens begleitet mich (Name, Vorname):

- Nachfolgend stimme ich der Teilnahme folgender Stellen an der Gesamt-/bzw. Teilhabeplankonferenz zu:

☐ Ja ☐ Nein Rehabilitationsdienste, -einrichtungen: _____

☐ Ja ☐ Nein Pflegedienste: _____

☐ Ja ☐ Nein Jobcenter: _____

☐ Ja ☐ Nein Integrationsamt _____

☐ Ja ☐ Nein beteiligte Leistungserbringer: _____

☐ Ja ☐ Nein Sonstige, z.B. § 119. Abs. 4 SGB IX: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass die beteiligten Leistungserbringer eine Mehrfertigung des Gesamtplanes erhalten:

☐ Ja ☐ Nein

Bitte beachten Sie:

Wenn der maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand für die Durchführung sowie Vor- und Nachbereitung einer Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz in keinem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht, kann von unserer Seite von einer Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz abgesehen werden.

Datum, Unterschrift der antragstellenden Person/ der gesetzlichen Vertretung

**Ärztliche Stellungnahme
zur Feststellung einer Behinderung
i.S. § 99 SGB IX**

Zur Einordnung der Art der Behinderung benötigen wir von Ihnen die nachfolgenden Angaben:

1. Angaben zur Person:

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort und Straße:

2. Basis der Stellungnahme

- ☐ persönliche Inaugenscheinnahme am
- ☐ Arztberichte von/ vom
- ☐ Pflegegutachten von/vom
- ☐ Schwerbehindertenausweis von/vom
- ☐ Therapeutische Berichte von/vom
- ☐

3. medizinische Diagnosen (nach ICD 10)

_____	ICD 10 Code: _____
_____	ICD 10 Code: _____
_____	ICD 10 Code: _____
_____	ICD 10 Code: _____
_____	ICD 10 Code: _____

☐ die Krankheit/Behinderung geht auf einen Unfall zurück (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft), oder sie ist die Folge einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens, eines Behandlungsfehlers oder einer Gewalttat.

4. Art und Dauer der Behinderung

Beschreibung der Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand

a) ☐ **Es liegt keine Behinderung i.S. des SGB IX vor.**

Keine Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand.

b) ☐ **es liegt/ liegen Behinderung/en vor,**

zur Art der Behinderung

- **körperliche Behinderung**

- ☐ Bewegungssystem
- ☐ Spaltbildungen
- ☐ Innere Organe
- ☐ Epilepsie (E1 - E6)
- ☐

Auswirkung/en im Alltag, wichtige Hinweise

z.B. eigene Fortbewegungsfähigkeit möglich/ nur mit personeller Hilfe möglich, epileptische Syndrome etc.

- **Sinnesbehinderung**

- ☐ Sehbehinderung
- ☐ Blindheit
- ☐ Schwerhörigkeit
- ☐ Gehörlosigkeit
- ☐ Sprachbehinderung, dabei zugrunde liegende Ursache:
 - ☐ körperlich
 - ☐ geistig
 - ☐ seelisch
- ☐

Auswirkung/en im Alltag, wichtige Hinweise

z.B. Beschreibung des Sehgrades, Visus etc

- **geistige Behinderung**

- ☐ normaler oder überdurchschnittlicher IQ
- ☐ unterdurchschnittlicher IQ, zuzuordnen zur:
 - ☐ Lernbehinderung
 - ☐ geistige Behinderung

Beurteilungsquelle:

Art der Testung

Wann:

Ergebnis:

Auswirkung/en im Alltag, wichtige Hinweise

z.B. Beschreibung der Wahrnehmungs- und Auffassungsgabe

- **seelische Behinderung**

- ☐ chronische psychische Erkrankung/ Störung
- ☐ Abhängigkeitskranke/ Suchtkranke
- ☐

Auswirkung im Alltag, wichtige Hinweise

z.B. Beschreibung der Motivations- und Leistungsfähigkeit

zur Dauer der Behinderung

- ☐ nur vorübergehende Abweichung
☐ dauerhafte Abweichung

5. Es wurden folgende diagnostische/ therapeutische Maßnahmen eingeleitet:

6. Sie sind

1. ☐ Facharzt
mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Erwachsenen
mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet _____ bei Erwachsenen
2. ☐ Hausarzt
mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Erwachsenen
3. ☐ Arzt für Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
4. ☐ Psychotherapeut
5. ☐ Psychologischer Psychotherapeut
mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Erwachsenen
6. ☐ Sonstiges

Wichtig:

Eine Stellungnahme zur seelischen Gesundheit wird nur anerkannt, wenn Sie, unabhängig von Ihrem medizinischen Ausbildungshintergrund, besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und/oder Jugendlichen vorweisen können.

7. Bemerkungen:

Datum, Unterschrift, Stempel

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Eventuell anfallende Kosten hierfür können vom Landratsamt Alb-Donau-Kreis (Sozialamt bzw. Amt für Familien- und Jugendförderung) **nicht** übernommen werden.

Anstelle des Dokuments können auch aktuelle Berichte von Ärzten, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie mit ICD-10 Diagnosen bzw. die Patientenakte der Krankenversicherung vorgelegt werden.