

Bezirk Niederbayern
-Sozialverwaltung-
Am Lurzenhof 15
84036 Landshut

Az.: /

- Antrag
 Verlängerungsantrag

**auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 90, 99 Sozialgesetzbuch -
Neuntes Buch (SGB IX) für eine Individualbegleitung während des Besuchs
der Kindertagesstätte**

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich. Nach §§ 60 SGB I ff sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Eingliederungshilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet (§§ 67a ff. Sozialgesetzbuch X, §§ 143 ff. Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch).

1. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes

Name, Vorname	
Geburtsdatum/Geburtsort/Land	
Staatsangehörigkeit	
PLZ/Wohnort	
Straße	
Seit wann am jetzigen Wohnort?	
Wurden in den letzten 6 Monaten bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (z.B. Frühförderung, integrative Kindertageseinrichtung)? Wenn ja, wer war Kostenträger:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

2. Familienverhältnisse

des Vaters

der Mutter

(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)

	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum/Geburtsort/Land		
	verst. am	verst. am
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____
Staatsangehörigkeit		
PLZ/Wohnort		
Straße		
Telefon		
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Pflegekind	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuständiges Jugendamt		

3. Angaben zur beantragten Hilfe

- Für unser/mein Kind beantragen wir/beantragte ich Leistungen der Eingliederungshilfe in dem Kindergarten/ der Kindertageseinrichtung

.....
(Name des Kindergartens/der Kindertageseinrichtung/Anschrift)

Die Betreuung soll ab _____ mit einer täglichen Buchungszeit von _____ Stunden erfolgen.

Die wöchentliche Betreuungszeit beträgt _____ Stunden.

- Für unser/mein Kind bitte ich/bitten wir um Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis § 99 SGB IX. Wir sind//ich bin einverstanden, dass ärztliche Unterlagen vom Kindergarten/von der Kindertageseinrichtung an den Bezirk Niederbayern -Sozialverwaltung- weitergegeben werden und der Kindergartenträger sowie das zuständige Jugendamt einen Abdruck der Feststellung erhalten.

Ärztliche(s) Gutachten / Attest(e) / Bericht(e) und sonstige aussagekräftige Unterlagen (z.B. Gutachten der Frühförderstelle, Schwerbehindertenausweis)

- liegen bei.
 liegen dem (LRA / Stadt / Bezirk) _____ bereits vor.
 werden nachgereicht.

4. Anderweitige Ansprüche

4.1 Das Kind ist

- selbst mit seinem Vater mit seiner Mutter
 privat gesetzlich krankenversichert
bei der _____
Anschrift: _____

4.2 Die Behinderung ist Folge eines - Unfalles

- Impfschadens

- schuldhaften Verhaltens Dritter

(falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

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 Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Bezirk Niederbayern -Sozialverwaltung- die über mein o.g. Kind bei Einrichtungen (Schule, heilpädagogische Tagesstätten, Heime etc.), Krankenhäusern bzw. Kliniken geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Sonderpädagogische Gutachten etc.) anfordern darf. Des Weiteren willige ich ein, dass von Ärzten, die mein o.g. Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Bezirk Niederbayern bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Bezirk Niederbayern beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

Wir weisen noch darauf hin, dass gem. § 138 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX das Einkommen und Vermögen der Eltern bzw. des Kindes anrechnungsfrei bleiben.

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs.1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-niederbayern.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ursuliniengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Ehegatte/Sorgeberechtigte/r