

Bezirk Niederbayern
-Sozialverwaltung-
Am Lurzenhof 15
84036 Landshut

Az.: /

- Antrag
 Verlängerungsantrag

**auf Leistungen der Eingliederungshilfe §§ 90, 99 Sozialgesetzbuch -
Neuntes Buch (SGB IX) für den Besuch der Tagesstätte (HPT)**

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 (Art. 16 Abs. 2 Bayerisches Datenschutzgesetz, §§ 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)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer war Kostenträger:	

2. Familienverhältnisse

des Vaters

der Mutter

(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)

	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum/Geburtsort/Land		
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 _____	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. Weitere Person(en), die im Haushalt des/der Leistungsberechtigten wohnt/wohnen:			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsdatum	
4. Angaben zur beantragten Hilfe			
<p>Für unser/mein Kind beantrage/n wir/ich Leistungen der Eingliederungshilfe in der Tagesstätte</p> <p>..... (Name der Tagesstätte/Anschrift)</p> <p>Die Betreuung soll ab an Tagen mit Stunden pro Woche erfolgen.</p>			
<p>Ärztliche(s) Gutachten / Attest(e) / Bericht(e) und sonstige aussagekräftige Unterlagen (z.B. Gutachten der Frühförderstelle, Schwerbehindertenausweis)</p> <p><input type="checkbox"/> liegen bei.</p> <p><input type="checkbox"/> liegen dem (LRA / Stadt / Bezirk) _____ bereits vor.</p> <p><input type="checkbox"/> werden nachgereicht.</p>			
5. Anderweitige Ansprüche			
5.1 Das Kind ist	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> mit seinem Vater	<input type="checkbox"/> mit seiner Mutter
	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	krankenversichert
	bei der _____		
	Anschrift: _____		
5.2 Die Behinderung ist Folge eines	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- Unfalles	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- Impfschadens	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- schuldhaften Verhaltens Dritter	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
(falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)			
5.3 Werden derzeit andere Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (z.B. Frühförderung)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche:			
5.4 Kostenbeitrag für Mittagessen/Unterhaltsbeitrag	<input type="checkbox"/> Der Kostenbeitrag/Unterhaltsbeitrag wird ohne Prüfung der Einkommensverhältnisse von uns übernommen <input type="checkbox"/> Unterlagen zu sozialhilferechtlichen Prüfung (Verdienstbescheinigungen, monatlichen Ausgaben) werden beigelegt		

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. 4 bzw. 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 Ursulinengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Ehegatte/Sorgeberechtigte/r