

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs, 8. Buch (SGB VIII) und 9. Buch (SGB IX)

Wissenschaftsstadt
Darmstadt



Jugendamt
Abt. Eingliederungshilfe

Postfach 11 10 61
64225 Darmstadt

Der Magistrat

Für wen wird die Leistung beantragt?	
Nachname	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort (Land)	
Staatsangehörigkeit	
Ggf. Aufenthaltsstatus bzw. Aufenthaltstitel	
Derzeitige Anschrift: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Dort wohnhaft seit:	Monat/Jahr: /
Wo lebt das Kind?	<input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei einem Elternteil: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> bei einer anderen Person <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform/stationären Einrichtung Träger: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Wurden bzw. werden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form von: _____ durch: _____	

Angaben zu den Eltern		
	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Ggf. Aufenthaltsstatus bzw. Aufenthaltstitel		
Gleiche Anschrift wie Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei nein – abweichende Adresse eintragen	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Sorgeberechtigt? Ggf. Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon		
E-Mail		
Angaben zur gesetzlichen Vertretung (wenn die Eltern nicht sorgeberechtigt sind)		
	<input type="checkbox"/> Amtsvormundschaft	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung
Nachname		
Vorname		
Anschrift	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Telefon		
E-Mail		
Pflegeeltern		
Nachname		
Vorname		
Anschrift	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Telefon		
E-Mail		
Angaben zu Kranken- und Pflegeversicherung		
Besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken oder Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versichertes Familienmitglied	Name, Vorname	
Geburtsdatum		

Name der Krankenkasse	
Adresse der Krankenkasse	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Krankenversicherungsnummer	
Angaben zu Beihilfeansprüchen des jungen Menschen	
Bestehen Ansprüche auf Beihilfe aus einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfestelle	
Personalnummer/Aktenzeichen	/
Anschrift der Beihilfestelle	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Telefon	
E-Mail	
Weitere Angaben zum jungen Menschen	
Pflegegrad (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad ____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein Pflegegrad ist beantragt
Behindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung ____ Merkzeichen ____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt
Bestehen wegen der Behinderung Schadenersatzansprüche (z.B. Unfall, Impfschaden)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Gegen welche Institution richtet sich der Anspruch? (z.B. gesetzliche oder private Versicherung)	Institution: ____ Aktenzeichen: ____
Wurde ein Antrag auf Schadenersatzleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz beantragt oder bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz beantragt oder bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Bildungseinrichtung besucht der junge Mensch? (z.B. Kindertagesstätte, Schule, Ausbildungsstelle)	Name Anschrift

Antragsbegründung

Bitte beschreiben Sie die aktuelle Situation und welche Ziele mit der beantragten Leistung erreicht werden sollen:

Gewünschte Leistung(en):

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- **Aktuelle Diagnostik (bspw. des sozialpädiatrischen Zentrums/Fachärztliches Gutachten aus den letzten 2 Jahren)**
- **Aktueller Entwicklungsbericht (Schule/Kindertagesstätte/Sonstiges)**
- **Kopie der Geburtsurkunde oder des Ausweises des jungen Menschen**
- **Ggf. Aufenthaltsstatus**
- **Kopien der Ausweise der Eltern (Vor- und Rückseite)**
- **Sorgerechtserklärung, wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist**

Erklärung des jungen Menschen bzw. bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertretung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere Wohnungswechsel), **unverzüglich** und **unaufgefordert schriftlich** mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach den §§ 60, 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärztinnen bzw. Ärzte, bei denen der junge Mensch in Behandlung ist, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Abteilung Eingliederungshilfe des Jugendamtes der Wissenschaftsstadt Darmstadt diesen Antrag als auch die vorgelegten medizinischen Unterlagen, Entwicklungsberichte u. ä. den zur Entscheidungsfindung einzubeziehenden Fachstellen im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens weiterleitet. Komme ich

meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrags bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistung führen (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Den **Hinweis zum Datenschutz** (Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz- Grundverordnung), welcher dem Antrag beigelegt ist, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift des jungen Menschen bzw. bei Minderjährigen aller Sorgeberechtigten bzw. gesetzliche Vertretungen

Information nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) Fachleistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX für Kinder und Jugendliche

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Jugendamt Darmstadt
Frankfurter Straße 71
64293 Darmstadt

Zuständige Fachabteilung

Eingliederungshilfe Jugendamt
Frankfurter Straße 71
64293 Darmstadt

Behördlicher Datenschutzbeauftragter

Büro der Datenschutzbeauftragten
Frankfurter Straße 71
64293 Darmstadt
Telefon 06151 13-2401 / 2402
E-Mail datenschutz@darmstadt.de

Zweck der Datenverarbeitung

Prüfung des Anspruches auf Fachleistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX für Kinder und Jugendliche.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der nachstehenden Kategorien von Daten ist § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in Verbindung mit §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich vorgeschrieben, daher kann der Antrag bei Nichtbereitstellung der Daten wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden oder die bewilligte Leistung entzogen werden (§ 66 SGB I).

Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Persönliche Daten (Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Wohnverhältnisse, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsrechtlicher Status Antragsteller*in sowie der Mutter/Pflegemutter, des Vaters/Pflegevaters),

Gesundheitsdaten (Kranken- und Pflegeversicherung, Ärztliche Atteste, Befundberichte, Pflegegutachten, Hilfeplan/Teilhabepan/Gesamtplan, Schulbericht, pädagogische Berichte, Schwerbehindertenausweis, Krankenhausentlassungsberichte oder ähnliches), Finanzdaten (Konto, Einkommen, Vermögen, Unterhaltspflichtige, vorrangige Leistungsträger).

Personenbezogenen Daten aus anderen gegebenenfalls öffentlich zugänglichen Quellen

Soweit bislang Fachleistungen durch einen anderen Träger der Eingliederungshilfe bezogen wurden, werden die persönlichen Daten und Gesundheitsdaten wie in „Kategorien personenbezogener Daten“ übermittelt und verarbeitet.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Gutachter*innen (sowohl des Gesundheitsamtes als auch sonstige), Rentenversicherungsträger, Krankenkasse. Eine Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation erfolgt nicht.

Speicherdauer der Daten, beziehungsweise die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer

Die Daten werden gelöscht, wenn sie für die Bearbeitung des Antrages nicht mehr benötigt werden und die Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Die Aufbewahrungsfrist beträgt zehn Jahre nach dem Jahr, in dem der Leistungsbezug geendet hat.

Information zu Betroffenenrechten

Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Artikel 15 bis 21 DSGVO. Beruht die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie haben das Recht Beschwerden bei dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu erheben.

Postanschrift

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit,
Gustav-Stresemann-Ring1
65189 Wiesbaden
poststelle@datenschutz.hessen.de