



**Eltern-Antrag auf Kostenübernahme für eine
Schulbegleitung nach §§ 90 ff SGB IX**

Neuantrag

Name der Schule: _____

Angaben zum Kind:

Name:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Besteht Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind wohnhaft bei den Eltern ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>bei nein:</u> wohnhaft bei wem, wo, seit wann ? <input type="checkbox"/> Pflegeeltern ? <input type="checkbox"/> _____ Name: _____ Telefon: _____ seit: _____ Aufenthaltsort vor Aufnahme in die Pflegefamilie:
Pflegschaft im Jugendamt?	Name: _____
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Pflegegrad _____
Krankenkasse (Name, Anschrift):	_____
Versichertennummer:	_____

Angaben zu den Eltern:

	Mutter:	Vater:
Name:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Telefonnummer/n: *		
E-Mailadresse: *		

*Telefonnummern und mail-adressen erleichtern eine kurzfristige Kontaktaufnahme für etwaige Rückfragen
(die Angabe ist jedoch freiwillig)

Angaben zur Schule:

Name der Schule

Anschrift der Schule

Telefonnummer der Schule

Fax-Nummer der Schule

Name der KlassenlehrerInnen

Klasse

Welchen Anbieter der Schulbegleitung wünschen Sie?

Mein/ unser Kind

bleibt an der Schule

bleibt in Klasse _____

wechselt die Schule

wechselt in Klasse _____

Wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?

Ja, es wurde folgender Förderschwerpunkt festgestellt: (Bitte Gutachten beifügen!)

Hören

Sehen

Autismus

Lernen

Sprache

geistige Entwicklung

körperlich-motorische Entwicklung

sozial-emotionale Entwicklung

Ja, im Bereich _____
aber es liegt kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor.

Nein, es wurde noch kein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft, weil

Sonderpädagogischer Förderplan/ Nachteilsausgleich vorhanden ?

nein ja (Bitte aktuellen beifügen!)

Mein/Unser Kind erhält z. Zt. folgende ergänzende Maßnahmen:

- Begleitung durch das Förderzentrum Sehen/ Hören/ Autismus/ _____
- Autismusspezifische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Leistungen des Jugendamtes
- Sonstige: _____

Folgende **Hobbys** hat mein/ unser Kind: _____
(freiwillige Angaben; dienen nur zu Ihrer evtl. weiteren Beratung)

Bei meinem/unserem Kind wurden folgende fachärztliche Untersuchungen durchgeführt: (Bitte Unterlagen beifügen!)

- | | | Datum: | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| - Kinderzentrum Pelzerhaken | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Sozialpädiatrisches Zentrum, Lübeck (UKSH) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Werner Otto Institut, Hamburg | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Institut f. Neuro- und Sozialpädiatrie HH-Ost
(ehemals: Kneisner-Institut) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Zentrum für Kindesentwicklung (Institut Flehmig) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Autismusinstitut | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Kontrollen im Krankenhaus | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ |

- _____
weitere Untersuchungen ?

Bei meinem/unserem Kind liegen folgende ärztliche Diagnosen vor:

- _____ vom _____ (Datum)

Bitte verweisen Sie nicht nur auf vorliegende Berichte. Dieser Bogen soll eine Arbeits- und Zeitersparnis unterstützen.

Welche Unterstützung benötigt Ihr Kind bei lebenspraktischen/pflegerischen Verrichtungen?

Benötigt ihr Kind medizinische Versorgung? (Katheter, PEG-Sonde, etc.)

- Schulbegleitung bereits installiert:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> laut Stundenplan | <input type="checkbox"/> für Teile des Stundenplans |
| <input type="checkbox"/> 1:1 | <input type="checkbox"/> Kombi mit Mitschüler/innen |
| <input type="checkbox"/> die SB betreut auch andere Kinder an der Schule | |

In welchen Fächern und warum ist die Schulbegleitung dringend erforderlich?

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Aktuelle ärztliche Unterlagen
(die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Schulbegleitung vorhanden sind)
- Aktuelle/letzte Berichte von Sozialpädiatrischen Zentren (sofern erstellt)
- Aktuelle/letzte Sonderpädagogische Gutachten der zuständigen Förderzentren
(sofern diese gestellt sind)
- Der aktuelle/letzte Förderplan/Nachteilsausgleich (sofern erstellt)
- Ein aktueller Stundenplan
(Achten Sie bitte darauf, dass auch die **Unterrichtszeiten** eingetragen sind)

Aktuelle Berichte sind in der Regel nicht älter als 1 Jahr. Sollten sie lediglich ältere Berichte/ Gutachten haben, reichen Sie bitte den letzten/die letzten aussagekräftigen Diagnoseberichte oder Gutachten ein, die nicht älter als 5 Jahre sind.

§ 76 SGB X (Einschränkung der Übermittlungsbefugnis) wird beachtet.

Ich weise auf Ihre Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch (SGB I) hin. Danach sind alle Tatsachen anzugeben und auch nachzuweisen, die für die Leistung erheblich sind. Die beantragte Leistung kann gem. 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen versagt werden, wenn geforderte Unterlagen nicht eingereicht werden und Sie somit Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen.

**Hiermit beantrage ich für mein/unser Kind _____
die Kostenübernahme für eine Schulbegleitung**

im bisherigen Umfang

im Umfang von von ____ Std. a 60 Min. / Woche

(Hinweis: die Schulbegleitung wird in Wochenstunden zu 60 Minuten berechnet)

X _____

Datum **Unterschrift/en der Eltern bzw. Sorgeberechtigten**

Schweigepflichtsentbindungen:

Ich/Wir entbinde/n den nachfolgend genannten Leistungserbringer (z. B. Lebenshilfe) von der Schweigepflicht gegenüber dem Kreis Stormarn, Eingliederungshilfe.

(Leistungserbringer)

(Hinweis: die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer dient der Überprüfung des Entwicklungsverlaufes sowie dem Informationsaustausch zur Sicherstellung und Umsetzung der erforderlichen Hilfe)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die von uns eingereichten Unterlagen und Berichte im Bedarfsfall zur Feststellung einer Behinderung an den Fachdienst Gesundheit weitergeleitet werden.

Gleichzeitig entbinde/n ich/wir auch den Fachdienst Gesundheit hinsichtlich der Feststellung einer Behinderung/Störung oder der Beantwortung von medizinischen Fragen, die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Schulbegleitung stehen, von der Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Eingliederungshilfe des Kreises Stormarn.,

Mir/uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindungen freiwillig erfolgen und jederzeit von mir/uns widerrufen werden können. Der Widerruf ist an den Kreis Stormarn, FD Eingliederungshilfe, 23840 Bad Oldesloe zu richten.

Mit den erteilten Schweigepflichtsentbindungen tragen Sie zu einer optimalen Ermittlung und Abstimmung des notwendigen Unterstützungsbedarfes zwischen den beteiligten Stellen bei. Desweiteren können durch direkte Nachfragen bei den beteiligten Stellen Bearbeitungszeiten verkürzt werden.

Die Anlage zum Antrag habe ich zur Kenntnis genommen

X _____

Datum

**Unterschrift/en der Eltern bzw. Sorgeberechtigten
bzw. ab Erreichen des 15. Lebensjahres des/der Jugendlichen
selbst** (sofern keine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit besteht)

Der Antrag ist zu senden an:

Kreis Stormarn
Fachdienst Eingliederungshilfe
23840 Bad Oldesloe

Hinweise zur Datenverarbeitung

Nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bestehen Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten gegenüber der betroffenen Person. Aus diesem Grunde gebe ich Ihnen folgende Information zu Ihrer Kenntnis:

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Kreis Stormarn - Der Landrat – Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe
Tel. 04531/1600
Fachdienst Eingliederungshilfe

Datenschutzbeauftragte:

Karin de Lange
gemeinsame behördliche Datenschutzbeauftragte der ITV-Trägerkommunen
Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe
Tel. 04531/160-1583
e-mail: datenschutzbeauftragte@kreis-stormarn.de

Zwecke der Verarbeitung:

Prüfung des Leistungsantrages auf Gewährung von Eingliederungshilfe gem. §§ 90 ff SGB IX

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Art. 6 Abs. 1 e DSGVO
§§ 67 ff SGB X i. V. m. § 35 SGB I, § 12 SGB I, §§ 18 – 29 SGB I

Empfänger der bezogenen Daten:

Zu dem oben genannten Zweck werden, falls erforderlich, Daten an den Fachdienst Gesundheit des Kreises Stormarn, den Fachdienst Soziale Dienste sowie die im Antrag genannten Einrichtungen weitergegeben.
Es werden nur die Daten weitergegeben, die zum Erreichung des Zwecks erforderlich sind.

Herkunft der Daten, sofern die Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben wurden:

Daten/Informationen werden, falls erforderlich, von folgenden Stellen/Einrichtungen bezogen:

- Fachdienst Gesundheit des Kreises Stormarn
- Fachdienst Soziale Dienste des Kreises Stormarn
- Ärzte, Einrichtungen, Kliniken lt. Antrag

Art der verarbeiteten Daten und Löschfristen:

Verarbeitet werden alle im Zusammenhang des Antrags erlangten Daten.
Die Daten werden so lange gespeichert bzw. aufbewahrt, wie Sie bzw. Ihr Kind Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten/erhält und der Antrag vollständig abgewickelt wurde. Danach werden die Daten noch 5 Jahre aufbewahrt und anschließend gelöscht. Dies beinhaltet die Löschung aller elektronisch gespeicherten Daten und die Vernichtung aller in Papierform vorliegenden Dokumente.

Betroffenenrechte:

Auskunft:

Betroffene haben nach Art. 15 DSGVO das Recht, vom Verarbeiter Auskunft über die bei ihm gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten.

Berichtigung:

Sollten Betroffene feststellen, dass die über sie gespeicherten personenbezogenen Daten falsch sind, müssen diese nach Art. 16 DSGVO berichtigt werden.

Löschung:

Betroffene haben nach Art. 17 DSGVO das Recht, die Löschung ihrer Daten zu verlangen. Eine Löschung ist allerdings nur dann zulässig, wenn dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Einschränkung der Verarbeitung:

In bestimmten Fällen (z. B. wenn sich Betroffene und Datenverarbeiter nicht einig sind, ob die gespeicherten Daten richtig sind) haben Sie nach Art. 18 DSGVO ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung.

Widerspruch:

Sie können gem. Art. 21 DSGVO der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können möglicherweise Leistungen nicht erbracht werden.

Datenübertragbarkeit:

Das Recht auf Datenübertragbarkeit beinhaltet die Möglichkeit für den Betroffenen, die ihn angehenden personenbezogenen Daten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format vom Verantwortlichen zu erhalten, um sie ggf. an einen anderen Verantwortlichen weiterleiten zu lassen. Gem. Art. 20 Abs. 3 Satz 2 DSGVO steht dieses Recht aber dann nicht zur Verfügung, wenn die Datenverarbeitung der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben dient.

Wenn Sie von Ihren Betroffenenrechten Gebrauch machen möchten, wenden Sie sich bitte an Ihre/n zuständige/n Sachbearbeiter/in im Fachdienst Eingliederungshilfe.

Beschwerderechte:

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzrecht verstößt, können Sie sich gem. Art. 38 Abs. 3 DSGVO an die gemeinsame behördliche Datenschutzbeauftragte der Trägerkommunen des IT-Verbundes Stormarn (Kontaktdaten s. oben) oder nach Art. 77 Abs. 1 DSGVO an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

Die für den Kreis Stormarn zuständige Aufsichtsbehörde ist:

ULD – Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Postfach 71 16
24171 Kiel
Tel. 0431/988-1200
Fax: 0431/988-1223
e-mail: mail@datenschutzzentrum.de
Webseite: www.datenschutzzentrum.de