


Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen und Nachweise beifügen

## ANTRAG


auf Leistungen der Eingliederungshilfe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Form von

- **Heilpädagogischen Leistungen**  
Frühförderung (§ 109 Abs. 1 i.V.m. § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, §113 Abs. 1 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB IX), in der Kita (§ 113 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB IX)
- **Heilpädagogischen Leistungen im Hort bis zum 14. Lebensjahr** (§ 112 Abs. 1 S.3 SGB IX)
- **Pädagogische Leistungen im Rahmen der Sozialen Teilhabe während der Schulzeit ab dem 14. Lebensjahr**  
(§ 112 Abs. 1 S. 3 SGB IX, § 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Für

1. Persönliche Angaben/ Verhältnisse des/ der Antragstellers/in (Kind)	
Familienname (ggf. Geburtsname angeben) des Kindes/ Jugendlichen ....	Vorname(n)
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum / Geburtsort / Kreis	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)	
Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____
Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad _____ Leistung _____ <b>Bitte Bescheid beifügen!</b>
Krankenversicherung, Name Versicherungsnummer	
Unterbringung in einer anderen Familie (Pflegeeltern, Verwandte)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

sonstige Personen Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Sozialpädagogische Familienhilfe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen

<b>Betreuer / Vormund</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen und Urkunde vorlegen
Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)
<b>Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:</b>
Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)


wird als Eingliederungshilfe beantragt:

<b>Beschreibung der Hilfe</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)

**2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers**  
(§ 136 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX)

	NUR auszufüllen bei minderjährigem Antragsteller / bei minderjähriger Antragstellerin		Kinder, die im Haushalt wohnen (ggf. bitte auf separatem Blatt ergänzen)		
	Mutter	Vater	1	2	3
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)					
Geburtsdatum, Geburtsort					
Telefon-Nr. (Festnetz, Handy)					
E-Mail-Adresse					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

### 3a. Angaben zu Beeinträchtigungen (Nachweise in Form von Arzt- und Krankenhausberichten, Laborbefunde usw. sind vorzulegen)

(§ 60 Abs. 1 SGB I)

Sofern eine Konzentrationsstörung, Wahrnehmungsstörung, ADHS, ständiger Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten oder starker Ängstlichkeit besteht, ist ein kinder- und jugend-psychiatrischer Befund oder ein Befund des Sozialpädiatrischen Zentrums beizufügen.

Bekannte ärztliche Diagnosen	
Auffälligkeiten in der Entwicklung und deren Auswirkungen	
Durch wen und wann wurden die Störungen der Entwicklung bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen erstmals bemerkt?	<input type="checkbox"/> Eltern/Pflegeeltern    Kinderarzt    Hausarzt <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte    Tagesmutter    Hort <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Andere _____

### 3b. Angaben zur Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen


(§ 60 Abs. 1 SGB I) – Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

	Grund	Erläuterung
Die Behinderung ist eingetreten auf Grund von	<input type="checkbox"/> Unfall	
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	
	<input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung	
	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	
Besteht wegen der Behinderung ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift des Verursachers eintragen	

### 3c. Angaben zu bisherige Förderungen, Behandlungen und Therapien

(§ 60 Abs. 1 SGB I) – Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

	Zeitraum (von/ bis)	Einrichtung
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
Humangenetik		
Kindertagesstätte		
Sonstiges		

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

#### 4. Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

Nein

Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

Nein

Ja  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht (z.B. Unterbringung in Pflegefamilie, vollstationäre Einrichtung, Mutter-Kind-Heim usw.) in Anspruch genommen?

Nein

Ja


Falls Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass dem Antragsteller/ der Antragstellerin/ dem gesetzlichen Vertreter die Informationen zur Datenverarbeitung nach der DatenschutzGrundverordnung (DS-GVO) mitgeteilt wurden.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/ der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/ oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/ oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/ der Antragstellerin/ dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin/ des gesetzlichen Vertreters erklärt sich dieser/ diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Antragsteller / Gesetzlicher Vertreter	_____ Unterschrift Partner/in <small>(Die Richtigkeit und Vollständigkeit der mich          betreffenden Angaben wird hiermit erklärt.)</small>
---------------------	---	---

Antragseingang:		ergänzend, wenn Antrag in der Behörde entgegengenommen wird:	
Datum	Stempel	Name	Unterschrift

**Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. Alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihre Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

### Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht \*)

#### Betrifft: Minderjährige(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift:

#### Sorgeberechtigte/r; Vormund; Betreuer:

Name, Vorname

Anschrift:

Betrifft: Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe vom:

Hiermit entbinde ich die

behandelnde Ärzte \_\_\_\_\_  
 Krankenhäuser/ Krankenanstalten, \_\_\_\_\_  
 bei denen mein Kind in Behandlung stand \_\_\_\_\_  
 Therapeuten \_\_\_\_\_  
 SPZ / IFF SPZ \_\_\_\_\_  
 aktuelle/zukünftig besuchte Kita \_\_\_\_\_  
 Pflegekasse/ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 weitere Dienste/ Institutionen \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Soziales und den Ärzten des Gesundheitsamtes des Landkreises

Ich bin auch mit der Heranziehung und Auswertung von zur gutachterlichen Tätigkeit nötigen Unterlagen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit entbinde ich die Ärzte des Gesundheitsamtes des Landkreises


von der ihnen mir gegenüber obliegenden Schweigepflicht, soweit die Weitergabe von Daten an zur gutachterlichen Tätigkeit bei o.g. Auftrag nötig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*) Mit ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b>  Sozialagentur		

## ANLAGE

### Erklärung zum Datenschutz

#### Betrifft: Minderjährige(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift:	

#### Sorgeberechtigte/r; Vormund; Betreuer:

Name, Vorname	
Anschrift:	

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zwischen dem Leistungserbringer, anderen am Antragsverfahren Beteiligten und dem Sozialamt ein Austausch von Personendaten in mündlicher oder schriftlicher Form erfolgen darf.

Sollte im Rahmen meiner Antragstellung hinsichtlich der Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs eine Hospitation in der Schule/ Hort bzw. ein Informationsaustausch mit den Erziehern/ Pädagogen der Einrichtung durch die Mitarbeiter des Sozialamtes erforderlich sein, stimme ich dem zu.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Entscheidung über den Antrag für mein o. g. Kind an das Gesundheitsamt des Landkreises \_\_\_\_\_ weitergeleitet werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum


\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte legen Sie dem Sozialamt mit dem Antrag auf Betreuung in einer integrativen Kindertagesstätte bzw. auf ambulante Frühförderung alle aktuellen ärztlichen und fachärztlichen Befunde vor. Der Arzt Ihres Kindes muss Ihnen diese kostenfrei zur Verfügung stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass seitens des Landkreises im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zur Feststellung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) von der Kindertageseinrichtung/Frühförderstelle ein Entwicklungsbericht abgefordert wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

## ANLAGE

**zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Ärztliche Bescheinigung / Fragebogen zur Vorbereitung des Gesamtplanverfahrens – Seite 1 -**

### Daten der nachfragenden Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Name Haus- / Kinderarzt:	
--------------------------	--

Das oben genannte Kind wurde heute / am \_\_\_\_\_ in meiner Sprechstunde vorgestellt.

Diagnose:

(Befund und Diagnose einschließlich Feststellung über Art, Ausmaß und voraussichtliche Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung)


Erfolgte Vorstellungen bei Fachärzten

Facharzt für	bei wem/ wo:	wann:	Diagnosen:
Hals- Nasen und Ohren			
Orthopädie			
Neurologie			
Orthopädie			
Augenheilkunde			
SPZ			
Sonstige			

War Ihr Kind bereits in einem Krankenhaus?	
Wo und wann?	
Gibt es bereits für Ihr Kind ärztliche Gutachten?	
Von wem? / Angabe des Datums	

vom Kinderarzt/ Hausarzt ausfüllen



Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

**A N L A G E**

**zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Ärztliche Bescheinigung / Fragebogen zur Vorbereitung des Gesamtplanverfahrens – Seite 2 -**

Letzte U-Untersuchung am: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Aufgrund der angeführten Krankheit / Behinderung liegen folgende Einschränkungen vor:

- körperliche Entwicklungsstörung
- statomotorische Entwicklungsstörung
- geistige Entwicklungsstörung
- Störung der Sinnesorgane
- Sprach- und Sprechstörungen
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen

bisherige verordnete Krankenkassenleistungen


	bei wem/wo:	wann:	Umfang:

Ergänzende Hinweise/Anmerkungen: \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift des Facharztes

vom Kinderarzt/ Hausarzt ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

**ANLAGE**  
 Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X

**ERKLÄRUNG**  
 zur Einwilligung in die Durchführung einer Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz zur Sicherstellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)  
 – Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –

**Leistungen werden beantragt für:**

Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		

**Vertreten durch (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer):**

Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort


**Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:**  
 Zur Sicherstellung des Prozessverlaufs kann der Träger der Eingliederungshilfe mit Zustimmung des Leistungsberechtigten eine Gesamtplankonferenz nach § 119 SGB IX oder eine Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX einberufen. Die Konferenz ist eine optionale Möglichkeit und gibt dem Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen der Bedarfsermittlung insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen eine zusätzliche Gestaltungsmöglichkeit mit dem Ziel der Optimierung der Bedarfsermittlung.

Ich bin einverstanden, dass der Landkreis _____ im Zusammenhang mit der Leistungserbringung der Eingliederungshilfe eine <input type="checkbox"/> Gesamtplankonferenz   <input type="checkbox"/> Teilhabeplankonferenz durchführt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Die Organisation der Konferenz übernimmt der für die Gesamt- bzw. Teilhabeplanung verantwortliche Träger der Eingliederungshilfe oder sonstige verantwortliche Rehabilitationsträger. Nähere Verfahrensvorschriften sieht das Gesetz nicht vor. So kann diese als klassische Zusammenkunft aller beteiligten Personen, durch eine Telefonkonferenz oder eine Web- oder Video-Konferenz ausgestaltet werden.

Abgesehen von den Mitarbeitern des Landkreises _____ und von mir, wünsche ich die Teilnahme von folgenden Personen an der Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:	
Gesetzlicher Vertreter (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vertrauensperson (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ehrenamtliche/sonstige Stellen/Personen (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeitern von Einrichtungen / sozialen Diensten, die die notwendige fachliche Hilfe erbringen (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeitern von beteiligten Rehabilitationsträgern, Bspw. Jugendamt, Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, etc. (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Der Träger der Eingliederungshilfe kann die Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz ablehnen, wenn der maßgebliche Sachverhalt auch schriftlich ermittelt werden kann, da alle relevanten Unterlagen zur Entscheidungsfindung vorliegen oder der Aufwand zur Durchführung einer Konferenz nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

**Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten:**

Ich erteile dem Landkreis \_\_\_\_\_ nach § 67 b Abs. 1 und 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) meine Einwilligung, die im Rahmen der Bedarfsermittlung, Leistungsfeststellung und Leistungserbringung erhobenen Daten (ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Schilderungen meiner aktuellen Lebenssituation im Rahmen der Hilfeplanung, Berichte von Einrichtungen über den Verlauf der Hilfe, etc.) zur Durchführung des Gesamtplan- bzw. des Teilhabeplanverfahrens den nachfolgend genannten Beteiligten zu übermitteln:

Mitarbeiter/innen beim Landkreis _____, die im Rahmen der Jugendhilfe und/ oder Existenzsicherung mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter/innen bei der Deutschen Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Agentur für Arbeit oder Jobcentern, die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegeversicherungen, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und/oder Diensten, die mich im Rahmen der Eingliederungshilfe unterstützen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und/oder Diensten, die im Rahmen des Gesamtplan- bzw. Teilhabeplanverfahrens über eine Hilfe für mich beraten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zweck der Übermittlung der Sozialdaten ist die Prüfung der Voraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen sowie die Durchführung der Hilfeplanung. Anhand der Hilfeplanung soll meine aktuelle Situation und mein notwendiger Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Landkreis \_\_\_\_\_ erhobene Sozialdaten von Geheimträgern an andere Kostenträger (z.B. örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Krankenkasse oder Rentenversicherung) und Leistungserbringer (Einrichtungen, Dienste und Vereine/Verbände der fachlichen Hilfe) gemäß §§ 69 und 76 SGB X weitergeben – einschließlich der Übersendung der Verwaltungsakte – darf. Dies kann erforderlich sein, um zu prüfen, ob ein anderer Kostenträger für die von mir beantragte Leistung zuständig ist. Ferner gilt dies ebenfalls im Falle einer Klageerhebung vor einem zuständigen Amtsgericht bzw. Sozialgericht.


**Hinweis zur Mitwirkungspflicht:**

Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen der Antragstellung gemäß § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet bin,

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Die weiteren Mitwirkungspflichten nach den §§ 61 bis 64 SGB I – insbesondere die Unterziehung von ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen sowie von Heilbehandlungen – sind mir ebenfalls bekannt.

Daraus ergibt sich, dass ich die vorgenannten Erklärungen abgeben muss, sofern die Durchführung einer Gesamtplan- und Teilhabekonferenz von mir gewünscht wird oder von Amtswegen als geeignetes Mittel zur Bedarfsermittlung erscheint. Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, wird die sachgemäße Entscheidung über mein Leistungsbegehren nach bestehender Aktenlage getroffen.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
 <b>SACHSEN-ANHALT</b> Sozialagentur		

**Wünsche / Hinweise / Anregungen zur Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:**

**Belehrung:**

Ich bin eingehend beraten worden und bin mir über den Inhalt und die Tragweite der vorgenannten Erklärungen im Klaren. An der Aufstellung des Gesamtplans und des Teilhabeplans und an der Durchführung der Hilfe bin ich bereit im Rahmen meiner zulässigen Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I mitzuarbeiten. Das bedeutet, ich informiere den Landkreis über alle Veränderungen bzw. neuen Erkenntnissen in Bezug auf mich, die für die Leistungserbringung notwendig sind.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 ff. SGB X beachtet werden. Gemäß § 84 Abs. 5 SGB X i. V. m. Artikel 21 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 besteht das Recht auf Widerspruch zur Verarbeitung (Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung) von Sozialdaten gegenüber dem Landkreis als öffentliche Stelle nicht, soweit an der Verarbeitung ein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das meine Interessen als betroffene Person überwiegt, oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet.

Die Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplan- und Teilhabeplankonferenz sowie die Einwilligung zur Nutzung der Sozialdaten erteile ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die vorgenannten Erklärungen gemäß § 67b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber dem Landkreis widerrufen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Prüfung und Feststellung der Eingliederungshilfeleistungen notwendigen Daten auch selbst gegenüber einer anderen Behörde, anderen Stelle bzw. Dritten erklären bzw. einholen.

Bei Bedarf erhalte ich eine Kopie der durch den Landkreis übermittelten Daten.

**Rechtsverbindliche Unterschrift**

Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters
------------	--

**Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern**

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter
------------	---

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.  
(Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.)

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen