

2. Angaben zu den Eltern

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse		

3. Wer hat das Sorgerecht?

<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstige _____

4. Vormund_in/ Gesetzliche_r Betreuer_in/ Bevollmächtigte_r (Bitte Nachweis beifügen)

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse	

5. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse Tatsächliche Aufenthalte (muss nicht unbedingt mit der polizeilichen Meldeadresse übereinstimmen) in den letzten 6 Monaten

Ort	von	bis

6. Bisheriger Leistungsanspruch Eingliederungshilfe

Hat der/ die Antragsteller_in innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Stadt- oder Landkreis erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, von folgendem Stadt- /Landkreis: _____
	<input type="checkbox"/> Nein

7. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Bezieht der Antragsteller_in Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Behörde: _____
	<input type="checkbox"/> Nein

8. Vorrangige Leistungen

Erhält der/ die Antragsteller_in oder Personen im selben Haushalt Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz (z.B. BVG, OEG)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

9. Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Name Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt
Ist der/ die Antragsteller_in oder sind die Eltern beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja, Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____ <input type="checkbox"/> Nein

10. Leistungen weiterer Rehabilitationsträger

Reha-Träger	Art der Leistung
<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Jugendhilfeträger <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____ _____ _____

11. Beeinträchtigung/ Behinderung

Art der Beeinträchtigung/ Behinderung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> nicht bekannt/ keine Angabe
Ist die Beeinträchtigung/ Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadenersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja, ggf. gegen wen: _____ <input type="checkbox"/> Nein

12. Sonstiges (nur bei Erstantrag zu beantworten)

Warum und wofür werden Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt?	
Bestand bereits Kontakt zu einem Leistungserbringer? Falls ja, zu welchem?	

Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Im Rahmen der Antragstellung bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Trägers der Eingliederungshilfe der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Nachweise/ Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
- sich bzw. Ihr Kind auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Ihre Mitwirkungspflicht bezieht sich auch auf weitere Einwilligungserklärungen, die wir ggf. im Zusammenhang mit einem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren noch von Ihnen einholen müssen.

Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist. Die Datenschutzbestimmungen und die Datenschutzinformationen der Stadt Freiburg finden Sie unter https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise_zum_Datenschutz_Sozialhilfe.pdf.

Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich durch dieses Antragsformular auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungsverpflichtung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Ich verpflichte mich hierdurch, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen**.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass das Amt für Soziales der Stadt Freiburg berechtigt ist, Überweisungen auf mein Bankkonto zurückzurufen, soweit Überweisungen zu Unrecht erfolgt sind und das Bankkonto eine ausreichende Deckung aufweist.

Ort und Datum

Antragsteller_in

Unterschrift des/r Sorgeberechtigten/
Betreuers_in/ Bevollmächtigten

Unterschrift des/r Sorgeberechtigten/
Betreuers_in/ Bevollmächtigten

Hinweis:

Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

Weitere Informationen:

Beratung

Wenn Sie Fragen haben oder eine Beratung wünschen, können Sie sich gerne bei uns melden. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0761/ 201- 3702.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX)

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

Persönliches Budget

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX in Anspruch genommen werden können.

Bitte beachten Sie hierbei: Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern nur eine bestimmte Form der Leistungserbringung.