

Antrag auf ambulante heilpädagogische Leistungen gem. § 54 SGB XII

Eingangsstempel

Name und Adresse des derzeitigen Kindergartens

1. Familie – Name des Kindes

		Angaben zum Kind	
Familienname			
Vorname(n)			
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr.			
Telefonnummer der Eltern			
Geburtsdatum			
Geburtsort und -kreis			
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig	
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>	
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
a) Duldung		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
b) Niederlassungs- erlaubnis		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
c) Aufenthaltserlaubnis		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
Schwerbehindertenausweis / Bescheid d. Versorgungsamtes	Datum	v.H. GdB	
	Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Liegt eine Pflegestufe vor?	Datum	Pflegestufe bzw. zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI	
	Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. bitte Bescheid beifügen	

2. Zum Haushalt gehören – außer dem Kind/dem Klient – folgende Personen

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Stellung zur Antrag stellenden Person (Vater / Mutter / Geschwister)

3. Aufenthaltsverhältnisse / Unterschriften

vom – bis	Aufenthaltort(e)	
bei vorherigen Maßnahmen der Eingliederungshilfe Angabe des Kostenträgers / Datum Beendigung der Maßnahme		
Kreditinstitut	BLZ	Kontonummer
Datum	Name des Kontoinhabers	
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig		
_____ Unterschrift der Eltern		_____ Unterschrift des aufnehmenden Beamten/Angestellten

Es besteht Kontakt zu Frühförderstellen ja nein

Wenn ja, bitte Angabe des Frühförderzentrums:

Anlagen:

- Ärztliche Gutachten
- Bericht Frühförderzentrum
- Berichte der / des Therapeuten

**Erklärung
zur Behandlung meiner persönlichen Daten
in der Teilhabekonferenz
des Landkreises Mainz-Bingen**

Leistungsberechtigter

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Antrag auf Eingliederungshilfe in der Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen unter Nennung meines Namens besprochen wird. Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, sowie der notwendigen Unterlagen an die Teilnehmer der Konferenz bin ich einverstanden. Die Datenübermittlung darf zur Vorbereitung auf die Konferenz per E-Mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte, dass mein Antrag in der Teilhabekonferenz in anonymer Form besprochen wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass auch bei der anonymen Beratung meines Hilfeplans nicht ausgeschlossen ist, dass die Mitglieder Rückschlüsse auf meine Person ziehen. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ist nur an die Mitglieder der Konferenz gestattet, die an der Leistung der für meinen Bedarf notwendigen Hilfen beteiligt sind. Die Übermittlung meiner nicht personenbezogenen Daten darf zur Vorbereitung der Konferenz per E-Mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht damit einverstanden, dass in der Teilhabekonferenz mein Name genannt oder mein Antrag in anonymer Form behandelt wird. Eine Bearbeitung meines Antrages und Beratung meines Hilfebedarfs in der Konferenz ist damit ausgeschlossen. Über den Antrag wird von den zuständigen Sozialhilfeträgern ohne Mitarbeit in der Konferenz entschieden. Die Teilhabekonferenz wird anschließend nur von der Belegung eines stationären oder ambulanten Angebots ohne Nennung von Details aus meinem Hilfeplan unterrichtet.

Erläuterung:

Die Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen will Menschen mit Behinderungen aus der Versorgungsregion helfen, die für ihre Situation bestmögliche Unterstützungsform zu finden und möglichst schnell Klarheit über Kosten und Finanzierung zu erhalten.

Mitglieder der Teilhabekonferenz sind der Landkreis Mainz-Bingen als örtlicher Träger der Sozialhilfe bzw. als beauftragter überörtlicher Träger der Sozialhilfe, bei Menschen mit psychischer Erkrankung der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Mainz-Bingen, die Betroffenen, sowie im Einzelfall erforderliche Leistungsanbieter für Menschen mit Behinderungen, insbesondere die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. des Trägerverbundes Mainz und Mainz-Bingen

Aller Mitglieder der Teilhabekonferenz unterliegen der Schweigepflicht. Jeder Antragsteller und jede Antragstellerin hat das Recht, bei der Vorstellung ihres Hilfebedarfs in der Konferenz teilzunehmen und sich durch eine oder mehrere bevollmächtigte Person ihres Vertrauens begleiten oder vertreten zu lassen.



Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreter

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Leistungsberechtigter

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem SGB XII hat sich die Kreisverwaltung Mainz-Bingen als der örtliche Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang des Teilhabebedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigen der Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Teilhabebedarf geändert haben kann oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten. Auch ist zu überprüfen, ob Ziele der Eingliederungshilfe durch die bisher gewährten Unterstützungsleistungen erreicht werden können. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob die Kreisverwaltung Mainz-Bingen nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind. So ist auch die vorrangige Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekasse nach dem SGB V und SGB XI zu klären.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können sind Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal von Diensten und Einrichtungen, sofern es sich mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst.

Der Leistungsberechtigte hat nach §§ 60 ff SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Erklärungen des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Dienste und Einrichtungen, die den Leistungsberechtigten betreuen, in dem o.a. Sinne und Umfang für den örtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Bericht/personenbezogene Daten/Gutachten, die durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- a) der Amtsärztin/dem Amtsarzt, das um Untersuchung gebeten worden ist.
- b) des medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenkasse/Pflegekasse
- c) des sozialpsychiatrischen Dienstes der Kreisverwaltung
- d) sonstigen behandelten (Fach-)Ärzten

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z.B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland-Pfalz / SGB IX / SGB X / SGB XI befugt.



Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters