

Stadt Osnabrück
Fachbereich Soziales
 Fachdienst Besondere Sozialleistungen
 Eingliederungshilfe 50-11 SG2
 Postfach 4460
 49034 Osnabrück

Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 113 Sozialgesetzbuch IX. Buch (SGB IX)
„Familienentlastende Dienste“ der

antragstellende Person	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
Ich lebe in einem Haushalt mit	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Verwandtschaftsverhältnis zwischen antragstellender und haushaltsangehöriger Person	

Art und Grad der Behinderung der antragstellenden Person	
<input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung (bitte Nachweis über Art und Schwere der Behinderung beifügen)	
Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher?	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ich beziehe Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt)	
unter dem Aktenzeichen _____ von _____ <small>(Name der leistenden Stelle)</small>	
Beruh die Behinderung auf einem Unfall und bestehen ggf. Ansprüche hieraus gegenüber Dritten	
<input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweise beifügen <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen sonstige Ansprüche gegenüber Dritten, wie vertraglicher oder gesetzlicher Schadensersatz?	
<input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis beifügen <input type="checkbox"/> welche Art: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Wurde bereits einmal Eingliederungshilfe bezogen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bewilligungsbescheid beifügen Art der Eingliederungshilfe: _____ Wann zuletzt: _____	
Kostenträger: _____	
<small>Name der Behörde, Ort</small>	
Ich bestätige, dass ich nicht nur vorübergehend mit dem / der o.g. Angehörigen in einer Haushaltsgemeinschaft lebe.	
Mir ist bekannt, dass pro Betreuungsstunde ein Eigenanteil in Höhe von 20% der Kosten direkt an die Lebenshilfe Osnabrück e.V. zu zahlen ist.	
Osnabrück, _____	_____
Datum	Unterschrift antragstellende Person ggf. gesetzl. Vertreter oder rechtlicher Betreuer

Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Eingliederungshilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist die Stadt Osnabrück verpflichtet, die Bedarfsermittlung zu bearbeiten.

Die in der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab dem ____ gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber der Stadt Osnabrück:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Die Stadt Osnabrück ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle per E-Mail unter Datenschutz@Osnabrueck.de oder postalisch unter Postfach 4460, 49034 Osnabrück erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann die Stadt Osnabrück Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

-
- Ich willige ein, dass die Stadt Osnabrück die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass die Stadt Osnabrück die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Vorname, Name: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe für

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Untersuchungsbefunde, psychologische Gutachten) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Sozialleistungsträgern - auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – anfordert und in dem Umfange bezieht, wie diese zur Ermittlung des Sachverhaltes und zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

Bereits vorhandene Unterlagen (z.B. Krankenhausberichte, ärztliche Atteste, Berichte von Therapeuten) füge ich mir dem Antrag bei. Ich bin damit einverstanden, dass weitere erforderliche Berichte bei den behandelnden Ärzten oder Therapeuten angefordert werden.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich / wir den Antrag nicht beschränkt habe/n, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren.

Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde/n die genannten Ärzte und Mitarbeiter der Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen werde ich umgehend mitteilen.

Ich, erkläre darüber hinaus mein Einverständnis, dass der Fachbereich Soziales zum Zweck der Vereinfachung des Schriftverkehrs auch personenbezogene Daten durch den Sozialhilfeträger elektronisch per E-Mail übermitteln darf.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
oder der gesetzlichen Vertretung
oder der rechtlichen Betreuung
oder einer anderen bevollmächtigten Person (Nachweis beifügen)