

Stadt Osnabrück . Postfach 44 60 . 49034 Osnabrück

DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

**Fachbereich Soziales**


Fachdienst

Besondere Sozialleistungen

Eingliederungshilfe

Stadthaus 2, Natruper-Tor-Wall 5

49076 Osnabrück

 Reißmüllerplatz

Ihr Zeichen | Datum

|

Unser Zeichen | Datum

50-11

|

### **Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)**

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

Sie möchten die Übernahme der Kosten einer Eingliederungshilfeleistung nach dem SGB IX für Ihr Kind beantragen.

Uns ist bewusst, dass solche Formulare manchmal komplex und verwirrend sein können. Deshalb haben wir einige Hinweise und Unterstützungsmöglichkeiten für Sie zusammengestellt, um Ihnen ggf. Sorgen und Bedenken zu nehmen, die beim Ausfüllen des Antrages auftreten könnten.

#### **Verfahren:**

Sie beantragen die Kostenübernahme (Antrag auf Eingliederungshilfe) mit aktuellen Berichten über Ihr Kind (z. B. Bericht der Frühförderung, Arztberichte und aussagefähiger Kurzbericht der Kindertagesstätte, die Ihr Kind besucht).

Die Eingliederungshilfe beauftragt im Anschluss den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit der Überprüfung des heilpädagogischen Unterstützungsbedarfes Ihres Kindes. Von dort erhalten Sie einen Termin und stellen Ihr Kind vor.

Zur Vorbereitung dieses Termins beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie für die weitere Hilfeplanung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Bitte beantworten Sie den anliegenden Fragenbogen, soweit wie möglich, oder kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an. Bitte füllen Sie den Antrag nach bestem Wissen und Gewissen aus. Falls bestimmte Fragen für Sie nicht zutreffen oder unklar sind, lassen Sie diese offen.

Im persönlichen Termin beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst werden Sie in jedem Fall ausführlich über Ihr Kind sprechen und fehlende Informationen noch ergänzen können. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

#### **Sprechzeiten:**

Montag 08:30 - 12:00 Uhr

Donnerstag 14:00 - 17:30 Uhr

und nach Vereinbarung

- sonst geschlossen -

#### **Bankverbindung:**

Sparkasse Osnabrück

BLZ 265 501 05 / Konto 14043

IBAN DE28265501050000014043

BIC NOLADE22

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE21KVV00000015693

### **Verlängerungsanträge:**

Verlängerungsanträge nach einer Erstbewilligung können formlos gestellt werden. Bitte senden Sie uns einfach ein kurzes Schreiben mit Ihrem Anliegen und aktuellen (Entwicklungs-)Berichten.

#### **Formulierungsbeispiel:**

Hiermit stellen wir einen Antrag auf Weitergewährung von Eingliederungshilfe für unser Kind *Name, Vorname, Geburtsdatum* für das Kindergartenjahr 20../20...

( ) Einen aktuellen Entwicklungsbericht wird Ihnen die Kindertagesstätte übersenden.

oder

( ) Einen aktuellen Entwicklungsbericht der Kindertagesstätte ist diesem Schreiben angehängt.

Bei Bedarf einfügen:

Sie erhalten zusammen mit diesem Schreiben weitere Berichte (ggf. Rückstellungsbescheid der Grundschule).

### **Wechsel der Hilfeleistung:**

Sollten Sie innerhalb der letzten 12 Monate den Erstantrag bereits ausgefüllt haben und ein Wechsel der Leistung z.B. Frühförderung zur integrative Gruppe oder zum heilpädagogischen Kindergarten beantragen so können Sie uns dies schriftlich und formlos mitteilen.

#### **Formulierungsbeispiel:**

Hiermit stellen wir einen Antrag auf Wechsel der Hilfe der Eingliederungshilfe für unser Kind *Name, Vorname, Geburtsdatum*. Sie erhalten zusammen mit diesem Schreiben den aktuellen Entwicklungsbericht der Kindertagesstätte sowie weitere Berichte (z.B. Frühförderung, Arztberichte, ggf. Rückstellungsbescheid der Grundschule).

### **Allgemeine Hinweise:**

Es besteht gem. § 60 SGB I die Verpflichtung, bei der Feststellung der Ansprüche mitzuwirken. Dazu gehört, dass notwendige Nachweise vorgelegt werden.

Bitte übersenden Sie keine Originalunterlagen, **sondern Kopien**, da die Post zentral eingescannt und vernichtet wird.

### **Ihre Fragen und Anliegen:**

Für Ihre Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich an unser Team wenden. Wir sind während unserer Sprechzeiten persönlich für Sie da oder telefonisch erreichbar. Gerne können Sie uns auch eine Mail an [eingliederungshilfe@osnabrueck.de](mailto:eingliederungshilfe@osnabrueck.de) senden.

**Ansprechpersonen:**

<b>Team Verwaltung</b>			
<b>Name</b>	<b>Buchstabenrate</b>	<b>Telefon:</b>	
		<b>323-</b>	<b>Zimmer</b>
Frau Overbeck	<b>A</b>	4288	B 218
Frau Orlovius	<b>B - Ek</b>	2504	B 220
Herr Wolts	<b>El - J</b>	4289	B 219
Frau Dittrich	<b>K - Mas</b>	2544	B 222
Frau Luttenberg	<b>Mat - Rol</b>	4337	B 222
Frau Ekicibil	<b>Rom - Su</b>	2555	B 221
Frau Schweer	<b>Sw - Z</b>	3490	B 221

<b>Team Sozialer Dienst</b>			
<b>Name</b>	<b>Buchstabenrate</b>	<b>Telefon:</b>	
		<b>323-</b>	<b>Zimmer</b>
Frau Meyer	<b>A - D</b>	2525	N.N.
Herr Klenke	<b>E - Kl</b>	3337	B 201
Frau Lücke	<b>Km -N</b>	3517	202
Frau Tiemann-Korel	<b>O - Sh</b>	3288	B 006
Frau Passe	<b>Si -Z</b>	3277	B 135

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

**Stadt Osnabrück**  
Eingliederungshilfe  
Sachgebiet 2  
Postfach 44 60  
49034 Osnabrück

# Fragebogen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

## 1. Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.		Telefon-Nr. <b>(zwingend erforderlich)</b>
PLZ/Wohnort		Staatsangehörigkeit
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> intersexuell		
versichert bei Krankenkasse: _____		versichert über: _____
Versichertennummer: _____		
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V		

## 2. Wir wünschen für unser Kind

<input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Frühförderung	<input type="checkbox"/> Integrationsplatz	<input type="checkbox"/> heilpädagogischer Kindergartenplatz
		<input type="checkbox"/> integrative Krippe	<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten
Bitte übersenden Sie vorhandene Berichte und/oder Entwicklungsdokumentationen von Kindertagesstätten (insbesondere im Rahmen der Anträge auf Entwicklungsdiagnostik oder Frühförderung)			
<input type="checkbox"/> sind angehängt			
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor			

--	--	--

**3. Gewünschte Fördereinrichtung/Kindergarten/etc.**

**4. Gewünschter Untersuchungsort**

Osnabrück       Bersenbrück

**5. Wer füllt den Fragebogen aus?**

Eltern       Mutter       Vater       sonstige: \_\_\_\_\_

**6. Ergänzende Fragen**

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon früher vom Gesundheitsdienst Stadt und Landkreis Osnabrück untersucht?     nein       ja (Jahr) \_\_\_\_\_

Wurde ein Geschwisterkind vom Gesundheitsdienst Stadt und Landkreis Osnabrück untersucht?     nein       ja (Name) \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns etwas mitteilen? Haben Sie Fragen an uns? Was bereitet Ihnen Sorgen in der Entwicklung Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Angaben zu den Eltern**

**Wir sind**  
 die leiblichen Eltern     die Adoptiveltern     die Pflegeeltern     \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigt sind:**     die Eltern     nur Mutter     nur Vater     Andere: \_\_\_\_\_

<b>Mutter Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<input type="checkbox"/> derzeit ausgeübter Beruf/Wochenstunden _____ <input type="checkbox"/> Schichtdienst		alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
oder (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Bezug von Bürgergeld <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> Bezug von Grundsicherung nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> Bezug nach dem Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> Bezug von _____			
<b>Anschrift</b>		<b>Telefonnummer</b>	
<b>Vater Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<input type="checkbox"/> derzeit ausgeübter Beruf/Wochenstunden _____ <input type="checkbox"/> Schichtdienst		alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
oder (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Bezug von Bürgergeld <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> Bezug von Grundsicherung nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> Bezug nach dem Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> Bezug von _____			

--	--	--

Anschrift	Telefonnummer
E-Mail-Adresse(n)	
Familiensprache(n):	
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!	

### 8. Soziale Verhältnisse/Wohnverhältnisse:

<input type="checkbox"/> Kind lebt bei _____ _____	<input type="checkbox"/> Eltern sind verheiratet <input type="checkbox"/> Eltern leben zusammen <input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt <input type="checkbox"/> Eltern sind geschieden <input type="checkbox"/> Eltern sind verwandt	<input type="checkbox"/> Wohnung ohne Garten <input type="checkbox"/> Wohnung mit Garten <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Kind hat ein eigenes Zimmer <input type="checkbox"/> Kind teilt sich ein Zimmer mit
<input type="checkbox"/> weitere feste Bezugspersonen: _____		
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!		

### 9. Angaben zu Geschwistern oder anderen Haushaltsangehörigen

Name, familiäres Verhältnis	Geschlecht/Geburtsdatum	Welcher Kindergarten / Schule / Beruf
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!		

--	--	--

Beruht die Behinderung auf einem Unfall und bestehen ggf. Ansprüche hieraus gegenüber Dritten

- ja, bitte Nachweis beifügen  
 nein

Bestehen sonstige Ansprüche gegenüber Dritten, wie vertraglicher oder gesetzlicher Schadensersatz?

- ja, bitte Nachweis beifügen  
 nein

Welcher Art: \_\_\_\_\_

**Wurde bereits einmal Eingliederungshilfe bezogen?**

- nein  
 ja, bitte Bewilligungsbescheid beifügen

Eingliederungshilfeträger (Kostenträger):

\_\_\_\_\_  
Name der Behörde, Ort

Art der Eingliederungshilfe: \_\_\_\_\_

Wann zuletzt: \_\_\_\_\_

**Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)**

- Kindergeld  
 Kindesunterhalt  
 BAföG / BAB  
 Krankengeld  
 existenzsichernde Leistungen  
 Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige)  
 Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)  
 Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht  
 Sonstiges:

Vermögen (z.B. Lebensversicherungen)

- ja  nein

Schulden

- nein  
 ja, ca. in €

**Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)**

- keine Einstufung  
 Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_  
 Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_  
 Eingestuft in Pflegegrad  1  2  3  4  5, Beginn der Anerkennung: \_\_\_\_\_

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

**Fügen Sie bitte folgende Unterlagen (falls vorhanden) in Kopie dem Fragebogen bei:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelbes Vorsorgeheft | <input type="checkbox"/> Untersuchungs- und/oder Krankenhausberichte |
| <input type="checkbox"/> Impfausweis         | <input type="checkbox"/> Berichte aus Kindergärten                   |
| <input type="checkbox"/> Therapieberichte    | <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis                    |

--	--	--

## Antragstellung

**Hiermit beantrage ich Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 99, 102 Sozialgesetzbuch-Neuntes Buch (SGB IX).**

Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der entsprechenden Speicherung meiner Daten einverstanden.

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

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück Unterlagen über den festgestellten Unterstützungsbedarf dem Leistungserbringer zur Kenntnis gibt.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück den Fragenbogen/Antragsunterlagen zur Prüfung an den gemeinsamen Gesundheitsdienst der Stadt und Landkreis Osnabrück zur Prüfung übermittelt.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der sorgeberechtigten Personen

--	--	--

Zur Überprüfung der Notwendigkeit der gewünschten Förderung wird Ihr Kind beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vorgestellt. Im Folgenden werden Sie nach vielen weiteren persönlichen Angaben bzw. Daten gefragt. Diese Angaben werden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst für die Diagnostik benötigt. Um die Untersuchung so kurz wie möglich zu halten, füllen Sie die Fragen bitte vollständig aus. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.

**1. Sind in Ihrer Familie Erkrankungen, Behinderungen, Allergien, Förderbedarfe bekannt?**

Wer?	Was?
<hr/> <hr/> <hr/>	
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!	

**2. Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen, Behinderungen, Allergien, Förderbedarfe bekannt?**

Art der chronischen Erkrankung/körperlichen Behinderung	Seit wann?
<hr/> <hr/>	
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!	

**3. Gab es ambulante oder stationäre Klinikaufenthalte (auch unmittelbar nach der Geburt)?**

Name der Klinik/Einrichtung	Grund der Behandlung	von – bis
<hr/> <hr/>		
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!		

**4. Welche Krankheiten oder Beschwerden hatte / hat Ihr Kind?**

<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> RSV-Infektion <input type="checkbox"/> Covid-19 <input type="checkbox"/> Pseudokrapp <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte <input type="checkbox"/> chronische Verstopfung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!		

--	--	--

### 5. Benötigt Ihr Kind Medikamente oder Hilfsmittel?

Medikament	seit wann	Dosierung
1.		
2.		
3.		

Sehhilfe (z. B. Brille)                       Gehhilfe                       Einlagen in den Schuhen  
 Hörhilfe     Rollstuhl                       Anderes: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?                       nein                       ja (werde ich mitbringen)

Bekommen Sie Pflegegeld     nein                       ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!**

### 6. Wurden bei Ihrem Kind ärztliche Untersuchungen / eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?

	Name und Ort	Wann
Kinderärztin/-arzt		
Hausärztin/-arzt		
Augenärztin/-arzt		
HNO-Ärztin/-arzt		
Kinder-/Jugend-Psychiater/in		
Pädaudiologe/in		
Orthopäde/in		
Neurologe/in		
SPZ		
Sonstige:		

**Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!**

--	--	--

### 7. Welche Fördermaßnahmen erhielt oder erhält Ihr Kind?

	Name, Ort und (wenn möglich) Telefon-Nr.	von - bis
Frühförderung		
Logopädie		
Krankengymnastik/Physiotherapie		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
Psychomotorik		
Osteopathie		
Beratungsstelle		
andere		

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

### 8. Gab es Schwierigkeiten, Komplikationen, Beschwerden, Belastungen in der Schwangerschaft?

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

### 9. Wie waren Neugeborenenzeit und Säuglingsalter?

<input type="checkbox"/> wurde gestillt bis _____ <input type="checkbox"/> unruhiges Baby <input type="checkbox"/> schlecht geschlafen <input type="checkbox"/> sehr viel geschlafen <input type="checkbox"/> schlecht getrunken <input type="checkbox"/> übermäßig viel gespuckt <input type="checkbox"/> Schreikind <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> wurde nicht gestillt	<input type="checkbox"/> Blockaden <input type="checkbox"/> geringe Gewichtsentwicklung <input type="checkbox"/> Probleme in der motorischen Entwicklung <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten _____ <input type="checkbox"/> es bestand eine Vorzugshaltung <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftige Neugeborenenengelbsucht <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftige Neugeborenenengelbsucht
--	---	---

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

--	--	--

**10. Besucht (oder besuchte) Ihr Kind...?**

	von – bis (bzw. seit wann)	Name, Ort und (wenn möglich) Telefon-Nr.
... eine Tagesmutter:		
... eine Krippe:		
... den Kindergarten:		
...eine Spiel- oder Sportgruppe:		
<b>Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!</b>		

**11. Wie alt war Ihr Kind, als es...?**

... krabbeln konnte:	... in kleinen Sätzen sprechen konnte:
... laufen konnte:	... tagsüber sauber und trocken war:
... erste Worte sprechen konnte:	... nachts sauber und trocken war:
<b>Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!</b>	

**12. Welche Bereiche der Wahrnehmung / Motorik schätzen Sie bei Ihrem Kind als schwierig ein?**

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Allgemeine Koordination	<input type="checkbox"/> Ausdauer
<input type="checkbox"/> Fahrzeuge fahren	<input type="checkbox"/> Gefahreinschätzung	<input type="checkbox"/> Handgeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!</b>			

**13. Welche Bereiche der Sprache / Mundmotorik schätzen Sie bei Ihrem Kind als schwierig ein?**

<input type="checkbox"/> Sprechmotivation	<input type="checkbox"/> Wortschatz	<input type="checkbox"/> Sätze bilden	<input type="checkbox"/> Aussprache
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis	<input type="checkbox"/> starkes Speicheln	<input type="checkbox"/> Zuhören	<input type="checkbox"/> nur im Zweitspracherwerb
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!</b>			

**14. Welche Bereiche der Selbständigkeit schätzen Sie bei Ihrem Kind als schwierig ein?**

<input type="checkbox"/> Einschlafen / Durchschlafen	<input type="checkbox"/> An- /Ausziehen	<input type="checkbox"/> Toilettengang
<input type="checkbox"/> Selbständig Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> Sich beschäftigen / spielen	<input type="checkbox"/> _____
<b>Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!</b>		

--	--	--

**15. Welche Bereiche der kognitiven Entwicklung schätzen Sie bei Ihrem Kind als schwierig ein?**

<input type="checkbox"/> Aufgabenverständnis	<input type="checkbox"/> Neues lernen	<input type="checkbox"/> Arbeitstempo
<input type="checkbox"/> Sich konzentrieren	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

**16. Welche Bereiche der sozial-emotionalen Entwicklung schätzen Sie als schwierig ein?**

<input type="checkbox"/> Wutausbrüche	<input type="checkbox"/> Schüchternheit bei Fremden	<input type="checkbox"/> schaut viel Fernsehen
<input type="checkbox"/> wenig Interesse an gemeinsamem Spiel	<input type="checkbox"/> viel Streit mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/> sitzt viel am Computer/Handy/Tablet
<input type="checkbox"/> Regeln/Verbote akzeptieren	<input type="checkbox"/> fremdverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/> Trennung von den Eltern
<input type="checkbox"/> Ausdauer im Spiel	<input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/> Abwarten
<input type="checkbox"/> Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/> Beziehung zu Geschwistern	<input type="checkbox"/> Angst vor _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

**17. Womit spielt Ihr Kind gern? Wofür interessiert sich Ihr Kind? Welche Stärken hat es?**

_____
_____
_____

Dieser Bereich wird bei der Untersuchung ausgefüllt. Bitte frei lassen!

**18. Wieviel Zeit pro Tag nutzt Ihr Kind TV, Handy und Tablet insgesamt?**

_____
-------

**Einverständniserklärung**

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_  
(Name Kinderarzt, Facharzt, Einrichtung, Kiga, etc.)

\_\_\_\_\_  
(Name Kinderarzt, Facharzt, Einrichtung, Kiga, etc.)

\_\_\_\_\_  
(Name Kinderarzt, Facharzt, Einrichtung, Kiga, etc.)

\_\_\_\_\_  
(Name Kinderarzt, Facharzt, Einrichtung, Kiga, etc.)

von der ärztlichen /besonderen Schweigepflicht.

--	--	--

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten.  
Bitte nur dann ankreuzen, wenn nur eine sorgeberechtigte Person unterschreibt.
- Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der entsprechenden Speicherung meiner Daten einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der sorgeberechtigten Person(en)

Anlage:  
Merkblatt zum Datenschutz  
Einverständniserklärung

Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe vom \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück die für die Feststellung des Hilfebedarfes 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 - in dem Umfange bezieht, wie diese zur Ermittlung des Sachverhaltes und zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

Bereits vorhandene Unterlagen (z.B. Berichte der Frühförderstelle, Entwicklungsberichte der Kindertagesstätte, Krankenhausberichte, ärztliche Atteste, Berichte von Therapeuten) füge ich / fügen wir dem Antrag bei.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, wenn 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 / Wir genehmigen die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde/n die genannten Ärzte und Mitarbeiter der Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

**Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück Unterlagen über den festgestellten Unterstützungsbedarf dem Leistungserbringer zur Kenntnis gibt.**

**Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück den Fragenbogen/Antragsunterlagen zur Prüfung an den gemeinsamen Gesundheitsdienst der Stadt und Landkreis Osnabrück zur Prüfung übermittelt.**

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers  
oder der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters  
oder der Betreuerin / des Betreuers

## 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