

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

Antrag auf Eingliederungshilfe gem. § 112 SGB IX in Verbindung mit 75 SGB IX Kosten einer Schulassistenz (körperliche / geistige Behinderung)

1. Anspruchsberechtigtes Kind

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift			
Telefonnummer		Krankenkasse:	
		Versichertennummer:	
Aufnehmende Schule (Name, Anschrift, Tel.) :			

2. Zum Haushalt gehörende Personen

	Name, Vorname	Geb.-Datum	Familien-stand	Verwandschafts-verhältnis	Tätigkeit/Beruf (z.B. Schüler, arbeitslos)
1					
2					
3					
4					
5					

3. Beziehen Sie Leistungen nach dem AsylBIG? ja, bitte Nachweis beifügen Nein

4. Der Schüler/die Schülerin ist derzeit in Behandlung bei _____
Name des Arztes / Therapeuten / Frühförderstelle

5. Bitte reichen Sie ärztl. Stellungnahmen bzw. Gutachten über therapeutische Maßnahmen ein.

6. Welche Art von Beeinträchtigung liegt vor?

- geistige Beeinträchtigung vorliegend drohend
 körperliche Beeinträchtigung vorliegend drohend

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

- ja, bitte Nachweise beifügen
 nein

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

- ja, bitte Nachweis beifügen welche Art: _____
 nein

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)