*Den Antrag bitte* ***vollständig ausgefüllt in Druckschrift*** *einreichen bei:*

Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle Herborn

Scheidtstraße 10

35745 Herborn

E-Mail: k.warburg@lebenshilfe-dillenburg.de

Zur Weiterleitung an:

Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises

Fachdienst 41.2 – Eingliederungshilfen [ ]  Erstantrag

Karl-Kellner-Ring 51

35576 Wetzlar [ ]  Folgeantrag

**Antrag auf Eingliederungshilfe**

**Allgemeine Angaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kind** | **Mutter/Vater (Person 1)** | **Mutter/Vater (Person 2)** |
| **Name** |  |  |  |
| **Vorname** |  |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |  |  |
| **PLZ Wohnort** |  |  |  |
| **Ortsteil** |  |  |  |
| **Straße, Hausnr.** |  |  |  |
| **Telefon** |  |  |  |
| **E-Mail** |  |  |  |
| **Staatsangehörigkeit des Kindes** |  | **Falls das Kind nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hat, bitte Nachweis beifügen! (Ausweis, Aufenthaltstitel etc.)** |
| **Geburtsort des Kindes** |  | **Geschlecht****des Kindes** | [ ]  männlich | [ ]  weiblich | [ ]  divers |
| **Sorgerechtsinhaber/in** | [ ]  Gemeinsam | [ ]  Person 1 | [ ]  Person 2 | [ ]  Sonstige Person:  |
| **Zugezogen von?**  |  | **Wann?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche Hilfe wird beantragt?** |  |

**Vormundschaft, Sorgerechtspflegschaft, Pflegefamilie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Besteht eine Vormundschaft/Sorgerechtspflegschaft?**  | [ ]  Nein  | [ ]  Ja, seit  | [ ]  Eingeleitet |
| **Name und Anschrift des** **Vormunds/Pflegers** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der** **Pflegeeltern** |  |
| **Seit wann ist das Kind bei** **Pflegeeltern untergebracht?** |  | **Wohnort des Kindes vor** **Aufnahme in die Pflegefamilie** |  |

**Vorverpflichtete Leistungsträger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wurden/werden Leistungen von einem der folgenden Leistungsträger beantragt/bezogen?**  | [ ]  Nein | [ ]  Beantragt, von folgendem Leistungsträger:  |
| [ ]  Bezogen, von folgendem Leistungsträger:  |
| [ ]  Krankenkasse | [ ]  Unfallversicherung | [ ]  Rentenversicherung | [ ]  Sonstige:  |
| **Ist die Behinderung/Beeinträchtigung auf einen Unfall oder Impfschaden zurückzuführen?**  | [ ]  Nein | [ ]  Unfall | [ ]  Impfschaden |
| **Bestehen wegen eines Unfalls gegen einen privaten oder gesetzlichen Unfallversicherungsträger Ansprüche?** | [ ]  Nein | [ ]  Ja |

**Krankenkasse, Schwerbehinderung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name der Krankenkasse** **des Kindes** |  | **Versicherungs-Nr.** |  |
| **Anschrift der Krankenkasse** |  |
| **Pflegegrad (*wenn zutreffend bitte ankreuzen)*** |  | **Grad der Behinderung** |  |

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Komme ich meinen Mitwirkungspflichten nach § 60 SGB I bei der Bearbeitung dieses Antrags nicht nach, kann dies zur Versagung der Leistung führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass die personenbezogenen Daten zur Leistungsgewährung in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Über Art und Umfang der Datenerfassung wurde ich mit dem beigefügten Informationsblatt gemäß Artikel 13 DS-GVO aufgeklärt. Insofern gilt die untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der sorgeberechtigten Unterschrift der sorgeberechtigten

 Person 1 Person 2

***Bei gemeinsamen Sorgerecht ist die Unterschrift beider Elternteile zwingend notwendig***

**Informationsblatt**

**gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Wir sind verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten,

die Sie uns im Zusammenhang mit dem von Ihnen gewünschten Verwaltungshandeln mitteilen, zu informieren

(Artikel 13 DS-GVO).

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Kontaktdaten** |
| 1.1 | Verantwortlich für die VerarbeitungIhrer personenbezogenen Datenist gemäß Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO: | Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises,Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar,Telefon 06441 407-0,E-Mail: info@lahn-dill-kreis.de |
| 1.2 | Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragtengemäß Artikel 37 ff DS-GVOin Verbindung mit §§ 5 ff HDSIG: | Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-KreisesTelefon: 06441 407-2750E-Mail: datenschutz@lahn-dill-kreis.de |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung** |
| 2.1 | Die von Ihnen im Antrag auf Sozialleistungen nach SGB IX oder SGB VIII oder als unterhaltspflichtigePerson angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens gegebenenfalls nocherhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgenden Zweck erhoben und verarbeitet werden: | Gewährung von Sozialleistungennach SGB IX oder nach SGB VIII |
| 2.2 | Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in: | §§ 67 ff SGB X; Artikel 6 Abs. 1 lit. e DS-GVO |
| 2.3 | Ihre Daten werden zum Zweck der BearbeitungIhres Anliegens an die neben benannten Empfänger weitergeleitet.Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht. | Sonstige Sozialleistungsträger, Rentenversicherungsträger, Bankinstitute, in die Gewährung von Sozialleistungen eingebundene Leistungserbringer sowie sonstige Dritte, wie z. B. unterhaltspflichtige Angehörige sowie weitere Leistungsträger, z. B. bei Wechsel der Zuständigkeit. Vom Lahn-Dill-Kreis beauftragte Dritte, wie z. B. beauftragte Rechtsanwälte oder Gerichte. |
| 2.4 | Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich.Bei Nichtbereitstellung der Daten ergeben sich die benannten Folgen. | Bei Nichtangabe der Daten kann die beantragte Sozialleistung nicht gewährt werden. Im Falle der Prüfung der unterhaltsrechtlichen Leistungsfähigkeit kann die Pflicht zur Bereitstellung mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden. |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Dauer der Speicherung** |
|  | Ihre Daten werden bei uns entsprechend den recht-lichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht. | Speicherdauer: 6 Jahrenach Beendigung des Leistungsverhältnisses  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Ihre Rechte als betroffene Person** |
|  | Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Artikel 15 DS-GVO), ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Artikel 16 DS-GVO), ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten (Artikel 17 DS-GVO), ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO), ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Artikel 20 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Artikel 21 DS-GVO. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gemäß Artikel 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde, dem*Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden.* |