

Antrag auf Hilfe zur Schulbildung – Autismus-spezifische Therapie

- Erstantrag auf Eingliederungshilfe mit Wirkung ab:
 Weiterbewilligungsantrag mit Wirkung ab:

1		Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	
		01	02
		Hilfesuchende/r (HS) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> leibliches Kind. <input type="checkbox"/> Pflegekind	Mutter bei unverh. Minderj. Vater bei unverh. Minderj.
1.1	Name		
1.2	Vorname		
1.3	geborene/r		
1.4	geboren am		
1.5	geboren in		
1.6	Familienstand seit		
1.7	Staatsangehörigkeit		
1.8	Aufenthaltserlaubnis erteilt bis		
1.9	Aufenthaltsgestattung / Duldung erteilt bis		
<i>Bitte fügen Sie eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis/Aufenthaltsgestattung/Duldung bei, soweit diese noch nicht vorliegen oder Änderungen eingetreten sind.</i>			
1.10	Anschrift Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort: Telefon-Nr.:		
Weitere Angaben beziehen sich nur noch auf die Schülerin/den Schüler			
1.11	Gesetzl. Betreuer/in Name, Vorname: Telefon-Nr.:		Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort:
1.12	Werden bereits Leistungen des Sozial- oder Jugendamtes bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann?	
1.13	Wann wurde die Autismus-Spektrum-Störung erstmalig diagnostiziert?		
	Wurde bereits eine Diagnostik zur Feststellung des Gesamt-IQ durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es wurde ein Gesamt-IQ von _____ festgestellt.	
<i>Bitte fügen Sie bei einem Erstantrag eine Kopie der erstmaligen Diagnostik (inkl. Testung und Ergebnisse) bzw. bei einem Folgeantrag (soweit vorhanden) eine Kopie des letzten Verlaufsberichtes bei.</i>			

Nr. 1.14 – Nr. 1.16 ist nur bei erstmaliger Beantragung beim Kreis Coesfeld auszufüllen	
1.14	Haben Sie zuvor bereits Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Träger der Eingliederungshilfe erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
1.15	Wurde der Leistungsbezug beendet bzw. für mindestens sechs Monate unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.16	Wo waren Sie zum Zeitpunkt der vorherigen Antragstellung wohnhaft?

2 Angaben zur Schule			
2.1	Schule: Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:		Ansprechpartner/in:
2.2	Klasse:		Telefon-Nr.:
2.3	Schulischer Förderschwerpunkt:	<input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Emotionale und Soziale Entwicklung <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> Autismus
Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Förderplans der Schule bei.			

3 Angaben zum Therapieinstitut			
3.1	Therapieinstitut:		
3.2	Ansprechpartner/in:	Telefon-Nr.:	
Bitte fügen Sie einen Hilfeplan des Therapieinstituts bei, der die Ziele der Therapie sowie den Umfang der voraussichtlich benötigten Fachleistungsstunden und Zeitraum beinhaltet.			

4 Konkrete Beschreibung des Hilfebedarfs (ggf. Beiblatt beifügen):	

5 Erläuterungen:	
	<p>Sie beantragen Leistungen zur Teilhabe an Bildung in Form der Hilfen zur Schulbildung nach § 112 SGB IX i. V. m. § 75 SGB IX. Die Hilfe soll durch die Kostenübernahme für eine Autismus-spezifische Therapie sichergestellt werden. Zur Teilhabe an Bildung werden unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können. Nach § 99 SGB IX gehört ihr Kind zum anspruchsberechtigten Personenkreis, wenn die Voraussetzungen des § 99 SGB IX i. V. m. §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung in der am 31.12.2019 geltenden Fassung erfüllt sind.</p> <p>Persönliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme nach diesen Vorschriften ist, dass das zu fördernde Kind aufgrund einer körperlichen oder geistigen Behinderung wesentlich in seiner Teilhabefähigkeit eingeschränkt ist, oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht ist. Die Prüfung dieser Voraussetzungen erfolgt bei Bedarf durch den ärztlichen Dienst der Unteren Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld (ggf. abweichend bei Wohnort außerhalb des Kreises Coesfeld). Dieser wird immer durch den Fachdienst Eingliederungshilfe eingeschaltet.</p> <p>Sollte keine geistige und/oder körperliche Behinderung festgestellt werden können, könnte ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII bestehen. Zur Prüfung möglicher Ansprüche kann der Antrag, unabhängig von einer Weiterleitung nach § 14 SGB IX an einen anderen Rehabilitationsträger, auch hausintern an das Jugendamt des Kreises Coesfeld weitergegeben werden.</p>

6 Hinweise:

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 SGB I).

7 Erklärung:

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass das gesamte Verwaltungs- und Abrechnungsverfahren hinsichtlich der Kostenübernahme mit der rechnungsstellenden Einrichtung/Institution abgewickelt wird.

Ich/wir entbinde/n die Schule den Schulträger die Schulaufsichtsbehörde die Untere Gesundheitsbehörde und die behandelnden Ärzte gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe und/oder der Unteren Gesundheitsbehörde von der Schweigepflicht. Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass die für die Antragsprüfung erforderlichen Unterlagen und Stellungnahmen von der Unteren Gesundheitsbehörde und dem Träger der Eingliederungshilfe auch direkt bei den o. g. Stellen eingeholt werden können. Die beteiligten Stellen können vom Träger der Eingliederungshilfe eine Information über seine Entscheidung erhalten.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass notwendige Daten, sofern es zur Prüfung und Feststellung des Bedarfs erforderlich ist, an andere Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX (bspw. Krankenkassen) übermittelt werden dürfen. Ich erkläre mich auch einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger nach § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z. B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabeplanes einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes erforderlich ist.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 283 StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistungen erheblich sind, insbesondere in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – bspw. Krankenhausaufenthalte). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Eingliederungshilfe übergeleitet werden können. Mir ist bekannt, dass die personenbezogenen Daten im Rahmen des Antragsverfahrens erhoben werden können (§ 67a SGB X).

Ort, Datum

Unterschrift der/des Hilfesuchenden bzw.
bei Minderjährigen der Eltern/Personensorgeberechtigten

Hinweise zum Schutz Ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Wenn Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) stellen, werden Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erhoben. Die Angaben werden zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung benötigt. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach dem SGB I wahrnehmen. Darüber hinaus können zur Erfüllung der gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger (bspw. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte) übermittelt werden.

Sollten Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeitet werden, werden Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vorab darüber informiert.

2. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks

3. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten
(Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten
(Artikel 16 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung
(Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)