Absender:

_____

_____

_____

_____

An das
LWL-Dezernat Jugend und Schule
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
(Referat 50)
48133 Münster

Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersende ich Ihnen den Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Folgende Anlagen und Nachweise sind beigefügt:

Heilpädagogische **Frühförderung** (HPFF) / Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) für noch nicht eingeschulte Kinder	**Autismus**spezifische Fachleistungen für noch nicht eingeschulte Kinder	Eingliederungshilfe in einer **heilpädagogischen/kombinierten Kindertageseinrichtung** bzw. -Gruppe	Heilpädagogische Leistungen in der **Kindertagespflege**	Leistungen für Kinder und Jugendliche in einer **Pflegefamilie** bzw. in einer **Einrichtung über Tag und Nacht**
☐ Grundantrag	☐ Grundantrag	☐ Grundantrag	☐ Grundantrag	☐ Grundantrag
Nur bei HPFF: ☐ Eingangsdiagnostik einer Frühförderstelle oder Clearing -/ Diagnostikstelle ☐ Förderplan ☐ Nur bei IFF: Förder- und Behandlungsplan	☐ Bericht des Autismus-Therapie-Zentrums oder der spezialisierten Frühförderstelle, in der die Fachleistungen umgesetzt werden können	☐ Anhang A inkl. Stellungnahme des Jugendamtes und Stellungnahme der Kindertageseinrichtung	☐ Anhang A inkl. Stellungnahme des Jugendamtes ☐ Stellungnahme der Tagespflegeperson	☐ Aktuelle medizinische Unterlagen / Entwicklungsberichte. Stellungnahme der Eltern/Vormund/ Betreuer zur Notwendigkeit der Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie Nur bei Internat: ☐ Schulentwicklungsbericht
☐ Ärztliche Bescheinigung	☐ Fachärztliche Bescheinigung	☐ Ärztliche Bescheinigung	☐ Ärztliche Bescheinigung	☐ Ärztliche Bescheinigung

☐ Weitere aussagekräftige medizinische Unterlagen / Entwicklungsberichte soweit vorhanden sind beigefügt.

☐ Außerdem habe ich weitere Nachweise beigefügt, die im Antrag mit dem Symbol 🗋 gekennzeichnet sind.

Mit freundlichen Grüßen

LWL-Dezernat Jugend und Schule

Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Antrag auf Eingliederungshilfe (Grundantrag)

Hinweis: Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen. Nachweise und Belege sind auf Verlangen in Kopie vorzulegen oder es ist ihrer Vorlage zuzustimmen. Der Antrag ist vollständig auszufüllen und nicht Zutreffendes ist zu streichen.

1. Antrag auf folgende Leistung:

☐	Heilpädagogische Leistungen in der solitären Frühförderung	/
☐	Leistungen in der interdisziplinären Frühförderung	/
☐	Autismusspezifische Fachleistungen	/
☐	Heilpädagogische Leistungen in der Kindertagespflege	🗋Anhang A
☐	Eingliederungshilfe in einer heilpäd./kombinierten Kindertageseinrichtung bzw. Gruppe	🗋Anhang A
☐	Leistungen zur Betreuung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung über Tag und Nacht	/
☐	Leistungen zur Betreuung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen in einer Pflegefamilie	/
☐	Weitere / Sonstige (bitte erläutern):	/

2. Personenbezogene Daten:

	Kind	**Elternteil 1/ Sorgeberechtigte/r 1**	**Elternteil 2/ Sorgeberechtigte/r 2**
Name:			
Vorname:			
Geschlecht:	◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers	◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers	◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers
Anschrift:			
geboren am:			
Staatsangehörigkeit:			
Aufenthaltsrechtlicher Status (sofern keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht; 🗋 Nachweis beifügen)			
Telefon **(verbindlich)**:			
Name der Krankenkasse:		X	X
Krankenversicherten-Nr.:		X	X
Art der Krankenversicherung: (🗋 bei IFF Mitgliedsbescheinigung beifügen)	◯ gesetzlich versichert ◯ freiwillig oder privat versichert ◯ nicht oder über den Sozialhilfeträger versichert	X	X

	Kind	Elternteil 1	Elternteil 2
Anerkannte Schwerbehinderung: (🗋 Kopie Ausweis oder Bescheid beifügen)	Grad der Behinderung:		
Sorgerecht: (sofern nicht eheliches Kind bitte Nachweis beifügen)	Urkundsnummer der gemeinsamen Sorgeerklärung:		
Vormund/in Betreuer/in: (Name, Vorname, Anschrift, Telefon / 🗋 Kopie der Bestallungsurkunde und des Sorgerechtsbeschlusses beifügen)			

ggf. Pflegeeltern (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)	

Liegt ein Bescheid der Pflegekasse zu Pflegebedürftigkeit vor? (🗋 Nachweis beifügen)

- ◯ ja, mit folgendem Ergebnis: Pflegegrad ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ abgelehnt
- ◯ Der Antrag bei der Pflegekasse wurde gerade bzw. wird von mir unverzüglich gestellt.
- ◯ Ich habe keinen Antrag bei der Pflegekasse gestellt, weil

Sobald die Entscheidung der Pflegekasse vorliegt, bitten wir um direkte Weitergabe einer 🗋 Kopie des Bescheides an den Landschaftsverband.

Die Abfrage nach Ansprüchen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften ist nicht auszufüllen bei Anträgen auf solitärer Frühförderung:

Hat das Kind oder ein Elternteil Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften *(z. B.: nach den Beihilfevorschriften des Landes oder des Bundes)*	◯ Ja	◯ Nein	Falls ja, Anschrift der Beihilfestelle
Wo hat das Kind in den letzten zwei Monaten gelebt (bei wem oder in welcher Einrichtung)?			

3. Ansprüche gegen Drittverpflichtete:

<table>
<tr><td>Ist die Ursache der Schädigung bekannt?
(Falls nein, weiter mit Ziff. 4)</td><td colspan="2"></td><td>◯ ja</td><td>◯ nein</td></tr>
<tr><td>Beruht die Behinderung des Kindes auf einem...</td><td colspan="2">Unfall?
Geburtsschaden?
Impfschaden?
vorsätzlichen und rechtswidrigen tätlichen Angriff?
andere Ursachen:_____</td><td>◯ ja
◯ ja
◯ ja
◯ ja</td><td>◯ nein
◯ nein
◯ nein
◯ nein</td></tr>
<tr><td>Wurde Ansprüche gegen die/den Schädiger/in oder dessen Versicherung geltend gemacht? (Bitte 🗋 Unterlagen beifügen)
(Falls nein, weiter mit Ziff. 4)</td><td></td><td>◯ unbekannt</td><td>◯ ja</td><td>◯ nein</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Falls die Behinderung auf einem <u>Unfall</u> beruht:</td><td colspan="3">Schädiger/in (Name und Anschrift):</td></tr>
<tr><td colspan="3">Versicherung (Name und Anschrift):</td></tr>
<tr><td colspan="3">Versicherungsnummer:</td></tr>
<tr><td>Bei einem <u>Impfschaden</u> oder einem Schaden als Folge eines rechtswidrigen <u>tätlichen Angriffes</u></td><td colspan="3">Versorgungsamt (Name und Anschrift):

Aktenzeichen:</td></tr>
</table>

4. Weitere Beteiligte:

Wird das Kind in einer oder mehreren Einrichtungen betreut oder gefördert?

- ◯ nein
- ◯ ja, in folgenden:

Werden derzeit Leistungen (z.B. von der gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, Bundesagentur für Arbeit, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Eingliederungshilfe) erbracht oder sind beantragt?

- ◯ nein
- ◯ ja, folgende Leistungen (bitte 🗋 Nachweise beifügen):

Mein Antrag sowie meine Sozialdaten können an andere zur Erbringung der Leistung zuständige Rehabilitationsträger weitergeleitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich gegebenenfalls von diesen eine gesonderte Bewilligung erhalte.

- ◯ ja
- ◯ nein, aus folgendem wichtigen Grund:

Zur Klärung der Leistungsvoraussetzungen ist die Feststellung einer körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigung durch einen Arzt erforderlich. Hiermit entbinde/n ich/wir die/den behandelnden Arzt/Ärztin bzw. die/den Angehörige/-n anderer Heilberufe und Mitarbeitende von Einrichtungen, die diagnostische oder heilpädagogische Leistungen anbieten sowie die beteiligten Rehabilitationsträger gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht. Hierzu können alle Informationen gehören, die für die Feststellung der Leistungsvoraussetzung erforderlich sind (z.B. Angaben zur Art, Dauer, Umfang, Folgen der Beeinträchtigung, notwendige Maßnahmen).

Ich bin/wir sind mit der Weiterleitung der Daten durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme oder Begutachtung einverstanden.

Ich/wir erteile/n dem LWL meine/unsere Einwilligung, die im Rahmen der Gesamt- oder Teilhabeplanung und der Fortschreibung entsprechend der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhobenen Daten zur notwendigen Sachverhaltsaufklärung sowie Durchführung von Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenzen weiteren Beteiligten zu übermitteln. Neben dem Vertreter des örtlichen Trägers der Eingliederungshilfe können Vertreter anderer Rehabilitationsträger nach dem SGB IX sowie Vertreter des stationären und ambulanten Versorgungsnetzes sein, sofern ein konkreter Bezug zur leistungsberechtigten Person oder der Bedarfssituation besteht.

Ich bin / wir sind mit der Weiterleitung des durch den Landschaftsverband erstellten Gesamtplans an den ausgewählten Leistungserbringer, zur weiteren Feinplanung der Leistung, einverstanden.

Ich bin/ wir sind ferner damit einverstanden, dass das Ergebnis der Antragsprüfung (Bewilligung wie Ablehnung) den beteiligten Stellen (z.B. Leistungserbringer, ggfls. Diagnostikstelle / Kooperationsstelle (in der Regel ist das das Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendarzt/-ärztin) zur Kenntnis gegeben wird. Dies kann den beteiligten Stellen helfen Ihnen gegebenenfalls alternative Hilfsangebote aufzuzeigen.

Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich unaufgefordert mitzuteilen. Die beiliegenden „datenschutzrechtlichen Hinweise" sowie die „Hinweise zum Verfahren" habe ich zur Kenntnis genommen. Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB IX und zu seiner Fortentwicklung werden Erhebungen u. a. über die Leistungsberechtigten als Bundesstatistik geführt (§ 143 SGB IX). Auf die möglichen strafrechtlichen Folgen vorsätzlich falscher Angaben nach den §§ 263ff. StGB wird hingewiesen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Gesetzliche Vertreter/in)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Gesetzliche Vertreter/in)

Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist der Antrag zwingend von den beiden Sorgeberechtigten zu unterschreiben.

Datenschutzrechtliche Hinweise

Auszug aus den Sozialgesetzbüchern I und X -SGB I und X-:
Das Erheben von Sozialdaten durch die in § 35 des SGB I genannten Stellen ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist (§ 67 a Abs. 1 SGB X; vgl. auch §§ 28 ff SGB I i.V.m. Art. II § 1 Ziffer 15 SGB I, §§ 1, 9 Abs. 1, 53 Abs. 3 und 4 SGB XII-).

Der LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) ist überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe. Der LWL hat Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen, wenn die Sachverhaltsermittlungen ergeben, dass die Voraussetzungen vorliegen. Bevor der LWL Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt, ist der LWL dazu verpflichtet zu prüfen, ob und welche Hilfemaßnahmen benötigt werden und welche Leistungsanbieter für die Erbringung der Leistung in Betracht kommen. Hierzu ist der LWL auf Informationen angewiesen, die der LWL nur von oder durch die Eltern erhalten kann.

Auszug aus dem Sozialgesetzbüchern I und X -SGB I und X-:
Sozialdaten sind beim Betroffenen zu erheben. Werden Sozialdaten beim Betroffenen mit seiner Kenntnis erhoben, so ist der Erhebungszweck ihm gegenüber anzugeben. Werden sie beim Betroffenen aufgrund einer Rechtsvorschrift erhoben, die zur Auskunft verpflichtet, oder ist die Erteilung der Auskunft Voraussetzung für die Gewährung von Rechtsvorteilen, so ist der Betroffene hierauf sowie auf die Rechtsvorschrift, die zur Auskunft verpflichtet und die Folgen der Verweigerung von Angaben, sonst auf die Freiwilligkeit seiner Angaben hinzuweisen (§ 67 a Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 SGB X).
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 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mit Antragstellung obliegt es den Eltern, die zur Prüfung des Antrags erforderlichen Angaben zu machen. Bei einem Teil der erhobenen Daten handelt es sich um besonders schützenswerte Daten aus dem Gesundheitsbereich des Kindes (§ 67 Abs. 12 SGB X). Die Eltern haben aus diesem Grund ein Widerspruchsrecht gegen die Erhebung und Übermittlung der Daten. In diesem Fall ist darauf hinzuweisen, dass ohne diese Angaben der Antrag nicht bearbeitet werden kann.

Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden beachtet. Da sich diese Fristen nach unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen richten, können sie im Einzelfall unterschiedlich sein. Die in den §§ 67 ff des SGB X genannten Regelungen zum Schutz von Sozialdaten werden ebenso beachtet. Die Übermittlung von Daten erfolgt im gesetzlich zulässigen Rahmen (§ 67 d SGB X).

Hinweise zum Verfahren

Mit der Antragstellung ist es zwingend erforderlich eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die eine körperliche, geistige, seelische und/oder Sinnesbeeinträchtigung feststellt. Nach Eingang des Antrages wird die Zuständigkeit des LWL geprüft. Sollte ein anderer Rehabilitationsträger zuständig sein, wird der Antrag an diesen weitergeleitet oder dieser wird für einen Teil der beantragten Leistung beteiligt (=Teilhabeplanverfahren).

Das weitere Verfahren hat den zentralen Anspruch, den Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten zu beteiligen. Dies kann eine Beratung und ein weiteres Gespräch (=Bedarfsermittlung) umfassen, in welchem die Wünsche des Leistungsberechtigten sowie die Ziele formuliert und dokumentiert werden. Wird hierbei der Bedarf für eine Leistung festgestellt, wird ein Gesamtplan (wenn weitere Rehabilitationsträger beteiligt sind ein Teilhabeplan) erstellt, der unter anderem die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, konkrete Angaben über die Bedarfe, die erforderlichen Leistungen und vereinbarte Ziele sowie die Aktivitäten des Leistungsberechtigten beinhaltet.

Die Koordinierung der Leistungen mit den sich daraus resultierenden gesetzlichen Fristen ergeben sich aus dem Kapitel 4 des neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).