

## Antrag auf Gewährung von Leistungen von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Rhein-Sieg-Kreis  
Der Landrat  
Sozialamt, Sachgebiet 50.13  
Postfach 1551  
53705 Siegburg

Besucheranschrift:  
Der Landrat  
Sozialamt, Sachgebiet 50.13  
Rathausallee 10  
53757 Sankt Augustin

### Angaben zum Kind/ Jugendlichen

Name, Vorname	Geburtsdatum
aktuelle Anschrift	

**Ich möchte die folgende Leistung der Eingliederungshilfe für mein Kind beantragen:**

<b>Antragsbegründung</b> (ggf. auf separatem Blatt ergänzen)
<p><b>Seit wann lebt das Kind/der/die Jugendliche im Rhein-Sieg-Kreis:</b></p> <p><input type="checkbox"/> seit Geburt      seit: _____</p> <p>ggfs. vorherige Anschrift: _____</p> <p><b>Bei Fremdunterbringung:</b> Bitte die letzte Meldeanschrift vor Aufnahme in die Einrichtung/in die Pflegefamilie angeben</p>
<p><b>Staatsangehörigkeit des Kindes:</b> <input type="checkbox"/> deutsch    <input type="checkbox"/> _____</p> <p><u>Aufenthaltsrechtlicher Status</u> (bitte Aufenthaltstitel beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> EU-Ausländer    <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling    <input type="checkbox"/> sonstiger Status: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asylberechtigter    <input type="checkbox"/> Asylbewerber</p>
<p>Benötigen Sie für Kontakte einen Dolmetscher?</p> <p>ja <input type="checkbox"/>    nein <input type="checkbox"/>    Welche Sprache? _____</p>

**Bitte geben Sie an, wer für Ihr Kind sorgeberechtigt ist:**

- ☐ alleiniges Sorgerecht der Mutter (bitte Sorgerechtsnachweis beifügen)
- ☐ alleiniges Sorgerecht des Vaters (bitte Sorgerechtsnachweis beifügen)
- ☐ gemeinsames Sorgerecht der Eltern (bei Getrenntlebenden bitte eine **Vollmacht** des anderen Elternteils beifügen)
- ☐ gerichtlich bestellter Vormund (Kopie Bestellungsurkunde beifügen)
- ☐ Sonstige:

**Sorgeberechtigte(r)** (z.B. Mutter):

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

**weitere(r) Sorgeberechtigte(r)** (z.B. Vater):

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

**Gibt es eine Person oder Institution, die Sie beim Verfahren unterstützt?**

Name, Vorname der Person oder Institution:

aktuelle Anschrift (bei Bedarf)

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Es liegt bei dem Kind eine **Schwerbehinderung** vor:

☐ ja\*    ☐ nein

Grad der Behinderung:

Merkzeichen:

\*bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerhindertenausweises bei

**Krankenkasse** des Kindes/ Jugendlichen:

Name

Anschrift:

Versicherungsnummer:

Liegt ein **Pflegegrad** vor?

Pflegegrad ☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5

Resultiert die Behinderung aus **Unfall, Gewalttat, Impfschaden oder Ärztefehler:**

☐ ja\*    ☐ nein

Bestehen diesbezüglich Schadenersatzansprüche oder Versorgungsansprüche nach dem Sozialen Entschädigungsrecht? (bitte weitere Unterlagen einreichen)

### **Informationen zur Bildung:**

Das Kind/die/der Jugendliche besuchte seit/ab                      (Datum) **folgende Schule:**

Name:

Anschrift:

Bei **Ersteinschulung**, Name und Anschrift der zuvor besuchten **Kindertageseinrichtung**

Das Kind besuchte bis                      (Datum) folgende **Kita:**

Name:

Anschrift:

Bei **Schulwechsel**, Name und Anschrift der zuvor besuchten **Schule:**

Das Kind besuchte bis                      (Datum) folgende **Schule:**

Name:

Anschrift:

### **Informationen zur medizinisch-therapeutische Versorgung**

behandelnder **Kinderarzt:**

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

behandelnder **Facharzt/Klinik** (nicht Kinderarzt):

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

**Bisherige Maßnahmen** (Bitte ggfs. entsprechende **aktuelle Therapieberichte beifügen.**)

Ergotherapie:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Physiotherapie:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Logopädie:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Frühförderung:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Heilpädagogik:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Autismustherapie

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Sonstige Hilfen (z.B. Reha, Kur etc.), Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation  
Bezeichnung:

seit:

Anbieter:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

Es werden/wurden andere Leistungen der Eingliederungshilfe oder Jugendhilfe (z.B. KiTa-Assistenz oder Familienhilfe) bezogen:

seit:

Anbieter:

Kostenträger:

Maßnahme beendet: ☐ ja\* ☐ nein falls ja, wann:

## Einwilligungserklärung zur Einholung von Auskünften und der Übermittlung von Daten

Hiermit entbinde ich / entbinden wir die im Folgenden gekennzeichneten Institutionen und das Sozialamt des Rhein-Sieg-Kreises wechselseitig von der Schweigepflicht hinsichtlich solcher persönlicher Daten, auf die der Rhein-Sieg-Kreis zur Entscheidung über diesen Antrag, zur Unterstützung bei der Realisierung der bewilligten Maßnahmen und während laufender Maßnahmen angewiesen ist.

Auch ermächtige ich / ermächtigen wir diese, die notwendigen Informationen für unser Kind:

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**jeweils zu übermitteln (bitte ankreuzen):**

- ☐ Schule
- ☐ Schulamt
- ☐ Fach-/Kinderarzt
- ☐ Leistungsanbieter (Arbeitgeber der Inklusionshilfe)
- ☐ Kranken-/ Pflegekasse
- ☐ Kindergarten
- ☐ Wohneinrichtung
- ☐ Therapeuten (Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Physio-, Autismustherapie etc.)
- ☐ Reha-Einrichtung
- ☐ Sonstige (Betreuung, SPFH etc.):

☐ Die Einwilligungserklärung wurde von mir / uns freiwillig erteilt. Ich bin / wir sind darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich / wir diese jederzeit widerrufen kann / können.

☐ Ich bin / wir sind darauf hingewiesen worden, dass die umseitigen Informationen und die vorstehenden Erklärungen erforderlich sind, damit das Kreis-Sozialamt sachgerecht über meinen / unseren Antrag entscheiden kann. Durch meine / unsere Unterschrift(en) bestätige ich / bestätigen wir, dass meine / unsere Angaben vollständig und richtig sind. Die Datenerhebung und –Verarbeitung erfolgt nach §§ 67a ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I).

---

Ort, Datum

Unterschrift 1. sorgeberechtigtes Elternteil (z.B. Mutter)

---

Ort, Datum

Unterschrift 2. sorgeberechtigtes Elternteil (z.B. Vater)

---

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren Sorgeberechtigten (z.B. Vormund)

## **Informationspflichten nach Art. 13 und 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung bei einer Erhebung von personenbezogenen Daten**

### **Datenerhebung im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Antrags auf Sozialleistungen nach SGB XII, SGB IX, APG oder nach Richtlinien des Rhein-Sieg-Kreises**

Ab dem 25.05.2018 gilt mit der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ein neuer Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die neue EU-DSGVO als auch entsprechende nationale Regelungen enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürger. Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

#### **Zweck und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, Dauer der Speicherung**

Soweit es für die Bearbeitung Ihres Sozialhilfeantrags im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre persönlichen Daten (z.B. Personalien, Anschrift, Kontaktdaten, wirtschaftlichen Verhältnisse, Familienverhältnisse, Versicherungsstatus, Aufenthaltsstatus, Wohn- und Lebensumstände, gesundheitsbezogene Daten wie z.B. Art und Auswirkung der Behinderung, Pflegegrad) manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt).

Soweit es zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist, kann das Sozialamt auch Daten, die von anderen Stellen erhoben wurden (z.B. von anderen Leistungsträgern, Finanzbehörden, Bildungseinrichtungen, medizinischen/therapeutischen Einrichtungen, Leistungsanbietern, anderen Behörden) von diesen Stellen einholen.

Ihre Daten werden erhoben, um prüfen zu können, ob ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und um bestehende Ansprüche erfüllen zu können. Wird eine Sozialleistung gewährt, können Ihre Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung potentieller Rückforderungsansprüche (Kostenerstattung, Aufwendungsersatz, Unterhalt) sowie zur Sicherung von Rückforderungsansprüchen gespeichert und genutzt werden.

Wird die Sozialleistung als Darlehn erbracht, werden Ihre Daten auch zur Rückabwicklung des Darlehns gespeichert und genutzt.

Darüber hinaus werden Ihre Daten in anonymisierter Form zu Statistik- und Steuerungszwecken gespeichert und genutzt.

Die Erhebung dieser Daten ist gem. § 67a SGB X zulässig, soweit ihre Kenntnis zur Aufgabenerfüllung notwendig ist.

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO in Verbindung mit §§ 67a - 78 SGB X und §§ 60 – 67 SGB I verarbeitet. Das Sozialamt benötigt Ihre Daten, um prüfen zu können, ob die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Soweit dies im Einzelfall zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist, werden ihre Daten weitergeben an:

- hausinterne Stellen (z.B. Kreiskasse zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs und zur Durchsetzung von Forderungen, Casemanagement des Sozialamtes zur Feststellung des Pflegegrades oder zur Planung der pflegerischen Versorgung, Gesundheitsamt zur Begutachtung des Gesundheitszustandes bzw. zur Prüfung der Erforderlichkeit von Therapien und Hilfsmitteln, Gutachterausschuss des Rhein-Sieg-Kreises sofern die Wertermittlung einer Immobilie erforderlich ist, zentrale Widerspruchsstelle des Sozialamtes im Rahmen der Widerspruchsbearbeitung, Rechtsabteilung sofern im Einzelfall juristische Unterstützung erforderlich ist, Registratur zur Zwischenarchivierung, Kreisarchiv zur Langzeitarchivierung nach Archivgesetz)
- externe Stellen (z.B. Zweckverband regioIT zur automatisierten Datenverarbeitung, Sozial- und Verwaltungsgerichte im Rahmen von Klageverfahren, sozial erfahrene Personen im Rahmen von Widerspruchsverfahren)

Darüber hinaus werden ihre Daten an Dritte außerhalb der Kreisverwaltung nur weitergeleitet, soweit die Kreisverwaltung gesetzlich oder durch richterliche bzw. staatsanwaltschaftliche Anordnung dazu verpflichtet ist oder eine Einwilligungserklärung Ihrerseits vorliegt.

Ihre Daten werden bis zur vollständigen Erfüllung des Leistungsanspruchs und eines etwaigen Rückforderungsanspruchs gespeichert. Rechnungsbegründende Unterlagen werden gem. § 58 Abs. 2 Satz 2 und 3 GemHVO NRW nach Abschluss des Zahlungsvorgangs weitere 6 Jahre gespeichert. Die Frist beginnt ab dem 1. Januar des Folgejahres nach Abschluss des Zahlungsvorgangs.

Im Rahmen des Archivgesetzes sind alle Unterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist dem Archiv zur Langzeitarchivierung anzubieten. Lehnt das Archiv die Langzeitarchivierung ab, werden die Akten vernichtet bzw. die Daten gelöscht.

#### **Kontakt Daten des Verantwortlichen**

Rhein-Sieg-Kreis, Der Landrat

Sozialamt - Abteilung Soziale Leistungen

Frau Kelnhofer

Kaiser-Wilhelm-Platz 1, 53721 Siegburg

02241/13-2822

sozialamt@rhein-sieg-kreis.de

#### **Kontakt Daten der Datenschutzbeauftragten**

Rhein-Sieg-Kreis

Datenschutzbeauftragte

Kaiser-Wilhelm-Platz 1, 53721 Siegburg

02241/13-2244

datenschutz@rhein-sieg-kreis.de

## Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das **Recht Auskunft** über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 EU-DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein **Recht auf Berichtigung** zu (Art. 16 EU-DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die **Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung** verlangen sowie **Widerspruch gegen die Verarbeitung** einlegen (Art. 17, 18 und 21 EU-DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein **Recht auf Datenübertragbarkeit** zu (Art. 20 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das Sozialamt des Rhein-Sieg-Kreises, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein **Beschwerderecht** bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW:

Postfach 20 04 44

Tel.: 0211/38424-0

40102 Düsseldorf

Fax: 0211/38424-10

Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Wenn Sie in die Verarbeitung durch das Sozialamt der Kreisverwaltung durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die **Einwilligung jederzeit für die Zukunft** widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.