



Eingangsstempel

Postausgang	
Fallmanager	
Erstberatung	
<u>Anlagen</u>	
<input type="checkbox"/> Anlage I - Checkliste	
<input type="checkbox"/> Anlage II-EK+VM Kindsmutter	
<input type="checkbox"/> Anlage III-EK+VM Kindsvater	
<input type="checkbox"/> Datenschutzerklärung	
<input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindung	
<input type="checkbox"/> Erläuterungen zur Schweigepflicht	
<input type="checkbox"/> Stellungnahme Kita/Schule/Hort	

**Antrag auf Leistungen der
Eingliederungshilfe
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
(SGB IX) - Teil 2 - Rehabilitation und
Teilhabe**

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Ich möchte folgende Leistung(en) für mein Kind beantragen:

- Assistenzleistungen
 - Assistenz in der Kita
 - Assistenz in der Schule
 - Assistenz im Hort
 - andere Assistenzen
- Autismusförderung
- Stationäre Betreuung
- Hilfsmittel
- Sonstiges:

Bitte kurz begründen



Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Träger bewilligt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Leistung bereits bei einem anderen Träger beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, beantragt (wann, wo) _____ <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein



1. Persönliche Angaben des Kindes	
Familienname	
Vorname	
Geburtsname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Aktuelle Wohnsituation <input type="checkbox"/> in Familienverband <input type="checkbox"/> in Einrichtung <input type="checkbox"/> in Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum,-ort	
Staatsangehörigkeit / Nationalität	
Muttersprache	
Aufenthaltsstatus (Dokumente beifügen)	
Werden Leistungen nach dem Asyl- bewerberleistungs- gesetz bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein

2. Persönliche Angaben der Eltern	
Sorgerechtssituation: <input type="checkbox"/> alleinig <input type="checkbox"/> gemeinsam (bitte Nachweis beifügen)	

Name der 1. sorgeberechtigten Person:	Wirkungs-/Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> vollumfänglich <input type="checkbox"/> oder Teile der Sorge: (bitte Nachweis beifügen)
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum,-ort	
Staatsangehörigkeit / Nationalität	
Aufenthaltsstatus	
Telefon	
E-Mail	



Name der 2. sorgeberechtigten Person:	Wirkungs-/Aufgabenkreis: <input type="radio"/> vollumfänglich <input type="radio"/> oder Teile der Sorge: (bitte Nachweis beifügen)
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum,-ort	
Staatsangehörigkeit / Nationalität	
Aufenthaltsstatus	
Telefon	
E-Mail	

Betreuer / Bevollmächtigter / Amtsvormundschaft / Amtspflege ¹ <input type="checkbox"/> kein Betreuer/ Bevollmächtigter	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Bitte Betreuerausweis beziehungsweise Vollmacht beifügen!	

3. Angaben zur Behinderung	
Welche Behinderung / Beeinträchtigung hat Ihr Kind - Bitte aktuelle ärztliche Unterlagen beifügen!	
Ursache der Behinderung / Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> Ja (Ausweiskopie und Feststellungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja: Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____	
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <input type="checkbox"/> Nein

¹ In dieser Erklärung wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.



Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (zum Beispiel Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, in Höhe von: _____ EUR/monatlich beziehungsweise Abfindung in EUR: _____ (Bitte Nachweise beifügen!)	
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein

4. Angaben zur Sozialversicherung

Kranken- und Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wo ist Ihr Kind krankenversichert? (Name und Anschrift der Krankenkasse)	
Krankenversicherertennummer	
Wie ist Ihr Kind krankenversichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über:
Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche Leistung wird erbracht (Pflegevertrag beifügen) ? <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombileistung	
Wurde ein Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Rentenversicherung	
Bezieht das Kind eine Waisenrente? <input type="checkbox"/> Ja (Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift der Rentenversicherung	
Versicherungsnummer	



5. Angaben zu weiteren Personen die im Haushalt der antragstellenden Person leben

	im Haushalt lebender Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Partner	Kind 1	Kind 2	Sonstige Personen: _____
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit / Nationalität				
Unterhaltsberechtig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), § 103 SGB XII).

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Landkreises Potsdam-Mittelmark nach Art. 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a SGB X habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte (beide Elternteile)

Anlage I
Anforderung von Unterlagen zum Antrag auf Leistungen der
Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Teil 2

Checkliste über notwendige Unterlagen

- Antragsformular
 - Anlage I – Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Kindsmutter
 - Anlage II – Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Kindsvaters
- Schweigepflichtentbindung
- Personalausweis / Meldebescheinigung
- Nachweis über das Sorgerecht und/oder Teilsorge
- Dokumente zum Aufenthaltsstatus
- Betreuerausweis mit Angabe des Wirkungsbereiches
- Fachärztliche Befunde / ärztliche Unterlagen (z.B. SPZ, Klinik- oder Reha-Entlassungsberichte, etc.)
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK)
- Schwerbehindertenausweis/Feststellungsbescheid Schwerbehinderung
- Nachweis von Erstattungsansprüchen, beispielsweise gegenüber einer Haftpflichtversicherung
- Nachweis zur Kranken- und Pflegeversicherung, beispielsweise Krankenversicherungskarte
- Bescheid Pflegegrad
- Pflegevertrag / Pflegeergänzungsleistungen
- Nachweis zur Rente
- Nachweise zur Unterhaltszahlung
- Fachliche Stellungnahme der Schule
- Fachliche Stellungnahme der Kindertagesbetreuung (Kita / Hort)
- Fachliche Stellungnahme der sonderpädagogischen Beratungsstelle
- Feststellungsbescheid sonderpädagogischer Förderschwerpunkt
- Sonstige:



Landkreis Potsdam-Mittelmark
FB5 / Fachdienst Soziales und Wohnen
Team Rehabilitation und Teilhabe



Information über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO)

Aufgrund Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe werden in diesem Zusammenhang personenbezogene Daten nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der geltenden Fassung ab dem 01.01.2020 verarbeitet.

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO)	
<u>Verantwortlicher:</u>	Landkreis Potsdam-Mittelmark Der Landrat Niemöllerstraße 1 14806 Bad Belzig
<u>Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:</u>	
Fachdienst:	Fachdienst Soziales und Wohnen Fachdienstleitung Niemöllerstraße 1 14806 Bad Belzig
<u>Kontakt:</u>	
Telefon:	033841 – 91 368
Fax:	033841 – 91 185
E-Mail:	sozialamt@potsdam-mittelmark.de
2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (Art. 13 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO)	
<u>Anschrift:</u>	<u>Kontakt:</u>
Landkreis Potsdam-Mittelmark Datenschutzbeauftragter Niemöllerstraße 1 14806 Bad Belzig	Telefon: 033841 – 91 227 Fax: 033841 – 91 444 E-Mail: datenschutz@potsdam-mittelmark.de
3. Zweck der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe c DS-GVO)	
<p>Ihre Daten werden im gesetzlichen Rahmen für den Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung verarbeitet. Ihre persönlichen Daten (z. B. Personalien, Anschrift, Kontaktdaten, wirtschaftliche Verhältnisse, Familienverhältnisse, Versicherungsstatus, Wohn- und Lebensumstände, Aufenthaltsstatus, gesundheitsbezogene Daten wie z. B. Art und Auswirkung der Behinderung, Pflegegrad) werden manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt).</p> <p>Soweit es zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist, kann der Fachdienst Soziales und Wohnen auch Daten, die von anderen Stellen erhoben wurden (z. B. von anderen Stellen innerhalb der Verwaltung wie Gesundheitsamt, von anderen Leistungsträgern, Finanzbehörden, medizinischen/therapeutischen Einrichtungen, Leistungsanbietern, anderen Behörden), von diesen Stellen einholen.</p> <p>Ihre Daten werden erhoben, um prüfen zu können, ob ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht und um bestehende Ansprüche erfüllen zu können.</p> <p>Wird eine Leistung der Eingliederungshilfe gewährt, können Ihre Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung potenzieller Rückforderungsansprüche (Kostenerstattung, Aufwendungsersatz) sowie zur Sicherung von Rückforderungsansprüchen gespeichert und genutzt werden.</p>	



4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe d DS-GVO)

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. c, Abs. 3 DS-GVO in Verbindung mit §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), Art. 7 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO (Einwilligung) und §§ 60 – 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verarbeitet.
Der Fachdienst Soziales und Wohnen 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. Aufgrund fehlender Mitwirkung (§§ 60, 66 SGB I) kann Ihr Antrag abgelehnt werden.

5. Empfänger der personenbezogenen Daten bzw. Kategorien von Empfängern (Art 13 Abs. 1 Buchst. e DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten erhalten folgenden Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern:

1. Innerhalb des Verantwortlichen:

der zuständige Fachbereich

2. Auftragsverarbeiter:

Verarbeitungssoftware PROSOZ

3. Außerhalb des Verantwortlichen:

Ohne Ihre Einwilligung werden die personenbezogenen Daten nicht weitergeleitet. Davon ausgeschlossen sind die Ermächtigungen ohne Einwilligung, spezifische Amtsermittlungs-, Erhebungs- und Übermittlungsgrundsätze im Sozialverwaltungsverfahren nach den Regelungen des SGB. Sofern im Rahmen der Verarbeitung die personenbezogenen Daten außerhalb des Verantwortlichen übermittelt werden, erfolgt dies aufgrund gesetzlicher Ermächtigung.

Eine Datenübermittlung kann z. B. an folgende Stellen außerhalb des Verantwortlichen notwendig sein: Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, gesetzliche Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, Jugendamt, Finanzamt, Gesundheitsamt, Landesamt für Soziales und Versorgung, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Verwaltungs- und/oder Sozialgerichte, Leistungserbringer.

Verarbeitet werden alle relevanten Daten, die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX erforderlich sind.

6. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten (Art. 13 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO)

Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt solange dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung notwendig ist, längstens jedoch für die Dauer von 10 Jahren nach dem Ende des Bewilligungszeitraumes bzw. des letzten Verwaltungshandelns oder solange dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben (gemäß § 67c SGB X) erforderlich ist.



7. Rechte der betroffenen Person im Rahmen der Verarbeitung
(Art. 13 Abs. 2 Buchst. b DS-GVO)

Die nachfolgenden Rechte bestehen nur nach den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen und können auch durch spezielle Regelungen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob die betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in § 83 SGB X in Verbindung mit Art. 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (§ 84 SGB X in Verbindung mit Art. 16 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass die betreffenden personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in § 84 SGB X in Verbindung mit Art. 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**, siehe Punkt 6 nach Ablauf von 10 Jahren).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in § 84 SGB X in Verbindung mit Art. 18 DS-GVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen.

Die betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln (Art. 20 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann grundsätzlich nicht mehr (§ 84 SGB X in Verbindung mit Art. 21 DS-GVO).

8. Recht auf Widerruf der Einwilligung (Art. 13 Abs. 2 Buchst. c DS-GVO)

Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf einer Einwilligung beruht (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a oder Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO), haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung gemäß § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 DS-GVO jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

9. Beschwerderecht bei Aufsichtsbehörden (Art. 13 Abs. 2 Buchst. d DS-GVO)

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde nach § 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB X in Verbindung mit Art. 77 Abs. 1 DS-GVO.

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht

Frau Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow
Telefon: 033203 – 356 0
Fax: 033203 – 356 49



Internet: www.la.brandenburg.de



Schweigepflichtentbindung

Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Teil 2

1. Angaben der Personensorgeberechtigten/ Betreuer/ Bevollmächtigten		
	1. Sorgeberechtigter	2. Sorgeberechtigter
Name, Vorname		
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Telefon		
E-Mail		

2. Persönliche Angaben des Kindes/ Betreuten	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	

3. Erklärung über die Befreiung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen eingeholt werden können und zur Verwaltungsakte genommen werden kann. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mit den nachfolgend aufgeführten Personen Rücksprache gehalten werden kann.	
Namen und Anschrift eintragen	
Kinder- und Jugend- ärztlicher Dienst	
Kinderarzt	
Facharzt	
Frühförder- und Beratungsstelle	



Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstelle	
Therapeuten	
Fachkräfte der Schule	
Lehrer / Erzieher	
Jugendamt	
Bundesagentur für Arbeit	
Deutsche Rentenversicherung	
Kranken- /Pflegeversicherung	
Unfallversicherung	
Andere:	

4. Übermittlung von Daten im Rahmen der Teilhabeplanung an andere Rehabilitationsträger

Mir ist bewusst, dass während der Bearbeitung eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern oder Stellen erforderlich sein kann, um die für mich konkret in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen (§§ 14-23 SGB IX). Dies umfasst insbesondere die sogenannte Teilhabeplanung, die in Abstimmung mit mir durchgeführt wird. Ebenfalls bin ich darüber informiert, dass es bei einer Teilhabeplanung möglich ist, dass die Verantwortung für das Verfahren und damit auch die datenschutzrechtliche Verantwortung auf einen anderen beteiligten Rehabilitationsträger übergeht. Dementsprechend bin ich mit der Übermittlung von Daten im Rahmen der Teilhabeplanung an andere Rehabilitationsträger einverstanden.

Ja Nein

5. Widerspruchsrecht



Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich unter Ziffer 6. der Erläuterung zur Schweigepflichtentbindung hingewiesen.

Datum Unterschrift der Personensorgeberechtigten (beide Elternteile)

Information für Personen, die beim Landkreis Potsdam-Mittelmark einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe stellen.

Erläuterung zur Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden erläutern wir Ihnen kurz, warum beziehungsweise wann wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht benötigen.

1. Warum benötigt der Landkreis Potsdam-Mittelmark Informationen zur medizinischen Vorgeschichte?

Wenn Ihr Kind wegen einer Beeinträchtigung, chronischen Erkrankung oder Behinderung Unterstützung benötigt, um den Alltag zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, können Sie einen Antrag beim Landkreis Potsdam-Mittelmark stellen. Der Landkreis kann für Ihr Kind Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn für Ihr Kind eine (sozial-)medizinische Diagnose einer körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung vorliegt. Dies muss mit einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einhergehen.

Aus der Krankengeschichte sollte hervorgehen, dass die Beeinträchtigung beziehungsweise ihre Folgen voraussichtlich länger als 6 Monate anhalten und somit eine Behinderung vorliegt (Leistungsvoraussetzung). Dies hat der Gesetzgeber so vorgegeben.

2. Warum eine Schweigepflichtentbindung?

Sehr oft haben andere Institutionen und/oder Dienste sowie Ärzte bereits die benötigten Informationen vorzuliegen, die sie nur dann dem Landkreis Potsdam-Mittelmark zur Verfügung stellen dürfen, wenn eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.

3. Welche Ärzte, Dienste und Institutionen fragt der Landkreis Potsdam – Mittelmark an?

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark wird nur von den Ärzten, Diensten und Institutionen Informationen einholen, die zu der Beeinträchtigung/Behinderung eine Aussage machen können, die mit dem Antrag auf Eingliederungshilfe im Zusammenhang stehen. Tragen Sie daher unter Ziffer 3 der Schweigepflichtentbindungserklärung nur Personen/Stellen ein, die **aktuelle** Informationen über die Erkrankung Ihres Kindes haben oder etwas zu der jüngsten Krankengeschichte aussagen können.

4. Gibt der Landkreis Potsdam-Mittelmark die Daten an Dritte weiter?

Bei der Bearbeitung kann eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern oder Stellen erforderlich sein, um die für Ihr Kind konkret in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen (§§ 14-23 SGB IX). Dies umfasst insbesondere die sogenannte Teilhabeplanung, die in Abstimmung mit Ihnen als Personensorgeberechtigte durchgeführt wird. Bei den oben genannten Abstimmungen zwischen den Rehabilitationsträgern und gegebenenfalls den Stellen nach § 22 SGB IX kann es erforderlich werden, dass zwischen diesen Stellen Daten übermittelt werden sollen, die nicht im Antrag für Ihr Kind enthalten bzw. dem leistenden Rehabilitationsträger nicht durch Sie als Personensorgeberechtigte selbst mitgeteilt wurden und den beteiligten Rehabilitationsträgern/Stellen von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer anderen zur Verschwiegenheit verpflichteten Person (§ 203 Strafgesetzbuch) zugänglich gemacht worden sind (z.B. durch einen Gutachter bzw. Sachverständigen).

5. Was passiert, wenn die Entbindung der Schweigepflicht nicht erklärt wird?

Ohne Erklärung zur Schweigepflichtentbindung darf der Landkreis Potsdam-Mittelmark bei anderen Institutionen, Diensten oder Ärzten keine ärztlichen Unterlagen einholen. In diesem Fall beauftragt der Landkreis Potsdam-Mittelmark in der Regel ein Gesundheitsamt oder einen Gutachter mit der Durchführung einer amtsärztlichen Untersuchung. In jedem Fall nimmt die Bearbeitung eines Antrags einen deutlich längeren Zeitraum in Anspruch und es dauert zwangsläufig länger, bis über einen Antrag entschieden werden kann.

6. Mitwirkungspflichten

Sofern Sie als Personensorgeberechtigte in Ausübung Ihrer Rechte durch Nichterteilung beziehungsweise, Widerruf einer Einwilligung oder durch Widerspruch nach § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch die Datenverarbeitung bei der Bearbeitung des Antrags Ihres Kindes einschränken, kann dies Auswirkungen auf die Möglichkeit der Leistungsbewilligung haben. Welche Auswirkungen dies sind, bestimmt sich nach den konkreten Umständen im Einzelfall.

Dabei werden auch die gesetzlichen Regelungen zur Mitwirkung [§§ 60 bis 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch(SGBI)] und fehlenden Mitwirkung (§§ 66, 67 SGB I) herangezogen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind, alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind, entsprechende, relevante Nachweise vorzulegen, sich auf Verlangen ärztlichen und/oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Wenn Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann der Landkreis Potsdam – Mittelmark nicht ordnungsgemäß prüfen, ob Ihr Kind die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllt. In diesem Fall kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

7. Informationen zu den Rechtsgrundlagen?

Wir sind verpflichtet Sie über die Rechtsgrundlage zu informieren, die im Zusammenhang mit der Schweigepflichtentbindung von Bedeutung sind. Aktuell können die Rechtsgrundlagen bei uns eingesehen werden.



Datum Unterschrift der Personensorgeberechtigten (beide Elternteile)