

Förderung für das Kita-Kind

Antragsunterlagen Region Hannover



Region Hannover

Unterstützungsmöglichkeiten:

- ➔ Beratungs- und Antragstelefon
Eingliederungshilfe (0511) 616 - 24570
Montag, Mittwoch, Donnerstag 10 Uhr bis 12 Uhr
Dienstag, Mittwoch, Donnerstag 13 Uhr bis 15 Uhr
- oder im Internet unter:
www.hannover.de/EGH
- ➔ Verfahrenslots*innen (0511) 616 - 26757
- ➔ „Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)“ unter
www.teilhabeberatung.de

Notwendige Antragsunterlagen:

- ➔ **B 2** Entbindung von der Schweigepflicht
- ➔ **B 3** Antragsformular Eingliederungshilfe
- ➔ **B 4** Datenblatt Bedarf
- ➔ **B 26** Bericht Vorschulische Betreuung

Hinweisblätter (Aushändigung mit den Antragsunterlagen!)

- ➔ **C 3** Hinweisblatt Antragsunterlagen SGB IX
- ➔ **C 4** Hinweisblatt Datenschutz
- ➔ **C 5** Hinweisblatt Mitwirkungspflicht
- ➔ **C 8** Hinweisblatt Schweigepflicht

Handreichung Eingliederungshilfe für Kita-Kinder beantragen

Entwicklungsbedarf wird festgestellt

Entweder ist bereits den Personensorgeberechtigten aufgefallen, dass ihr Kind Unterstützung in seiner Entwicklung benötigt oder es wird in der Kita, Tagespflege oder einer Arztpraxis beobachtet.

→ Antrag kann bereits formlos gestellt werden.

Termin zur fachärztlichen Diagnostik vereinbaren

- in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)
 - Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult
 - Gesundheitszentrum für Kinder und Jugendliche St. Josef Stift in Celle
 - KinderNeuro Soltau

oder

- bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Liste von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Niedersachsen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) unter:

<https://www.arztauskunft-niedersachsen.de/asen-kvn/>

Die Diagnostik muss nicht in Hannover stattfinden!

Bedarf zur Eingliederungshilfe?

Gesamte Unterlagen zur Antragsstellung auf Eingliederungshilfe einreichen

- B 2 – Entbindung von der Schweigepflicht
- B 3 – Antrag Eingliederungshilfe
- B 4 – Datenblatt Bedarf
- B 26 – Bericht vorschulische Betreuung
- Fachärztliche Diagnosestellung in Kopie (falls vorhanden);
alternativ: Terminansetzung mitteilen

Antrag einreichen unter:

Region Hannover
Team Teilhabeservice
Postfach 147
30001 Hannover

oder

THS@region-hannover.de

Hinweise:

- Alle Personensorgeberechtigte müssen den Antrag unterschreiben.
- Der Aufenthaltsstatus bei nicht EU-Bürger*innen soll angegeben werden

Und wie geht es weiter?

- Der Eingang Ihres Antrages wird schriftlich bestätigt. Auf mögliche fehlende Unterlagen werden Sie hingewiesen.
- Nach Abschluss der Bedarfsermittlung erhalten Sie einen Bescheid, mit dem Ihnen die Entscheidung mitgeteilt wird.



Vordruck B.2: Entbindung von der Schweigepflicht

| | |
|--|----------|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift: | |
| Telefonnummer: | E-Mail: |
| Sorgeberechtigte*r oder ggfs. Betreuer*in mit Wirkungskreis Gesundheitssorge | |
| Name: | Vorname: |
| Sorgeberechtigte*r oder ggfs. Betreuer*in mit Wirkungskreis Gesundheitssorge | |
| Name: | Vorname: |
| Anschrift: | |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Um eine zügige Antragsbearbeitung zu gewährleisten, bittet die Region Hannover um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis (ggf. mit Einschränkungen) am Ende der Seiten. Sollten Sie nicht einverstanden sein oder Fragen haben, dann nehmen Sie bitte schnell Kontakt auf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Verlaufsberichte, Zeugnisse) von den von mir in diesem Antrag benannten Ärzt*innen, Krankenhäuser, dem Sozi-alpsychiatrischer Dienst, Behörden, Gesundheitsämtern, der LHH, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen, Kindertagesstätten, Verfahrenslots*innen sowie von gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärzt*innen oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang bezieht, wie diese für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind. Gegenüber den zuständigen Verfahrenslots*Innen darf Region Hannover - Fachbereich Teilhabe – Auskunft erteilen.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meine Schweigepflichtentbindung nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich der Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts Anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuelles anschließendes Widerspruchsverfahren (soweit rechtlich vorgesehen). Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigte Unterlagen. Insoweit entbinde ich die von der Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - ersuchten Ärzt*innen, Krankenhäuser, andere Behandlungsstätten, Behörden, Schulen, Kindertagesstätten, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungen von ihrer Schweigepflicht. Ärzt*innen des Fachbereichs Teilhabe der Region Hannover entbinde ich gegenüber den Mitarbeitenden des Fachbereichs Teilhabe und des Fachbereichs Soziales von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Feststellung meines Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall meine personenbezogenen Daten an die Organisationseinheit Hilfe zur Pflege der Region Hannover übermittelt werden, um Feststellungen zu einem eventuell bestehenden Pflegegrad treffen zu können. Im Bedarfsfall erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an die Organisationseinheit Schülerbeförderung der Region Hannover übermittelt werden, um Feststellungen zur Vorrangigkeit mit der dortigen Sammelbeförderung treffen zu können. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann und dass ich diese Einwilligungen/ärztliche Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenverarbeitungen nicht.

Folgende Personen/ Institutionen entbinde ich von der Schweigepflicht:

Behandelnde Ärzt*innen

Name:
Anschrift:
Name.
Anschrift:
Name:
Anschrift:

S P Z (Medizin, Psychologie, Therapie)
Hannover

Krankenhaus / Institution

Name:
Anschrift:
Name:
Anschrift:
Name:
Anschrift:

Therapeut*innen / Hausfrühförderung / Kindergarten / Schule / Einrichtungen / Wohnheim / Werkstatt / Tagesförderstätte

Name:
Anschrift:
Name:
Anschrift

Name:
Anschrift:
Name:
Anschrift

- Fachbereich Soziales/Sozialamt der Kommunen
 Agentur für Arbeit (arbeitsamtsärztliche und psychologische Gutachten/Befunde einschließlich Fremdbefunde/Testungen)
 Berufspsychologischer Service
 Sonstiges:
 Verfahrensslots*innen, Name

- Fachbereich Jugend/KSD/ASD
 51.15 (Jugendärztlicher Dienst)
 Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstelle:
-
 Medizinischer Dienst

- Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (ehemals Versorgungsamt)
Aktenzeichen:
 Amtsgericht
Aktenzeichen:

Name:
Anschrift:
Name:
Anschrift

Ich beschränke meine Entbindungserklärung folgendermaßen:

Meine Schweigepflichtentbindung ist unbegrenzt gültig. Ich kann sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum

Unterschrift 1 (Antragstellende Person/berechtigte Vertretung)

Datum

Unterschrift 2 (Antragstellende Person/berechtigte Vertretung)

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

1. Antragstellende Person

| | |
|---------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

2. Anschrift/ Aufenthalt

| | |
|---|--|
| Meldeanschrift: | |
| <input type="checkbox"/> bei Eltern <input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater <input type="checkbox"/> Pflege-/ Gastfamilie <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
| aktueller Aufenthaltsort: <small>(falls abweichend zur Meldeanschrift)</small> | |
| Zeitraum d. Aufenthalts: | |
| Besonderheit d. Aufenthalts: <small>(z.B. Klinik, Obdachlosigkeit, Inobhutnahme)</small> | |

3. Gesetzliche Vertretung

- Kindsmutter (alleiniges Sorgerecht)
- Kindsvater (alleiniges Sorgerecht)
- Eltern (gemeinsames Sorgerecht)
- Ergänzungspflegschaft
- Vormundschaft
- gesetzliche Betreuung
- keine gesetzliche Vertretung (Volljährige)
- Sonstiges – Angabe:

Bitte Nachweise beifügen.

→ Fortführung zu „3. Gesetzliche Vertretung“:

1. Person

| | |
|-----------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Anschrift | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

2. Person

| | |
|-----------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Anschrift | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

4. Antrag

Ich beantrage / wir beantragen im Fachbereich Teilhabe der Region Hannover Leistungen der Eingliederungshilfe nach...

- dem SGB IX vor Einschulung.
→ *hiermit sind alle Leistungen der Eingliederungshilfe vor Einschulung gemeint*
- dem SGB IX ab Einschulung bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.
→ *es liegt vermutlich eine (drohende) geistige oder körperliche Beeinträchtigung oder eine Sinnesbeeinträchtigung oder eine Mehrfachbeeinträchtigung vor*
- § 35a SGB VIII ab Einschulung bis zur Volljährigkeit.
→ *es liegt vermutlich eine reine seelische Beeinträchtigung vor*
- §§ 41, 35a SGB VIII ab Volljährigkeit bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.
→ *es liegt vermutlich eine reine seelische Beeinträchtigung vor*
- dem SGB IX ab dem 21. Lebensjahr.

5. Maßnahme

Gewünschte Maßnahme(n): _____

6. Weitere Angaben zur antragstellenden Person

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> divers |
| Staatsangehörigkeit: | <input type="checkbox"/> deutsch | <input type="checkbox"/> sonstiger EU-Staat | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Aufenthaltsstatus: (Nachweis erforderlich) | <input type="checkbox"/> Duldung | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgenehmigung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Grund der Einreise nach Deutschland: | | | |

Kranken- und Pflegeversicherung

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| Name der Versicherung: | Versicherungsnummer: | | |
| Status des Versicherungsverhältnisses: | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> privat |
| | <input type="checkbox"/> familienversichert über : | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | | |
| <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad vorhanden | <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt am: | | |

7. Übersicht vergangene/ aktuelle Leistungen

Wurde die beantragte Leistung bereits von einem anderen Rehabilitationsträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Rentenversicherung) bewilligt oder abgelehnt?

ja → wann und wo? _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Rehabilitationsträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Rentenversicherung) beantragt?

ja → wann und wo? _____
 nein

→ Fortführung zu „7. Übersicht vergangene/ aktuelle Leistungen“:

Wurden in der Vergangenheit oder werden aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt?

- ja → *wann und wo?* _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

Wurden in der Vergangenheit oder werden aktuell Leistungen der Jugendhilfe gewährt?

- ja → *wann und wo?* _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

8. Unterschriften

Alle antragsberechtigten Personen müssen den Antrag unterschreiben.
Sofern es bei Minderjährigen ein gemeinsames Sorgerecht gibt, ist die Unterschrift **aller** sorgeberechtigten Personen erforderlich.

Datum (Unterschrift der antragstellenden Person)

Datum (ggf. Unterschrift der unter Nr. 3 berechtigten Person)

Datum (ggf. Unterschrift der unter Nr. 3 berechtigten Person)

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, jede **Änderung (insbesondere Anschrift und Aufenthaltsort)** dem Fachbereich Teilhabe unverzüglich mitzuteilen.

Ich/ wir habe/ n bei der Antragstellung Unterstützung durch folgende Person/ Institution erhalten:

Datenblatt Bedarf

→ Der Vordruck „Datenblatt Bedarf (B.4)“ ist eine Ergänzung zum Vordruck „Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe (B.3)“.

Antragstellende Person

| | |
|---------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |

1. Selbsteinschätzung

Welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII oder nach dem SGB IX erforderlich?

2. Diagnose/ Therapien/ Fachärztliche Anbindung/ etc.

Art der Behinderung:

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> geistig (Mehrfachnennung möglich) | <input type="checkbox"/> seelisch | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> sinnesbeeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |
| festgestellt durch: | | | |
| festgestellt am: | | | |

Ursache der Behinderung:

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durch Geburt | <input type="checkbox"/> seit Geburt | <input type="checkbox"/> durch Unfall | <input type="checkbox"/> Impfschaden | <input type="checkbox"/> durch Dritte |
| <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: | | | | |

Vorhandene Nachweise:

| | | |
|---|--|--|
| Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? | | |
| <input type="checkbox"/> ja | Grad d. Behinderung von: | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: | |

| | | | |
|---|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| Gibt es aktuell eine fachärztliche Anbindung? | <input type="checkbox"/> ja | seit: | <input type="checkbox"/> nein |
| Name d. Facharztpraxis: | | | |
| Nächster Termin: | | | |
| Anlass d. Termins: | | | |
| Liegt eine fachärztliche Stellungnahme vor? | <input type="checkbox"/> ja | vom: | <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis fachärztliche Stellungnahme gemäß § 35a SGB VIII:

Eine fachärztliche Stellungnahme kann akzeptiert werden von:

1. einer/eines Ärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. einer/eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in, einer/eines Psychotherapeut*in mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
3. einer/eines Ärzt*in oder einer/eines psychologischen Psychotherapeut*in, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

| | | |
|--|--|--|
| Liegen sonstige medizinische Unterlagen vor? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgende Unterlagen liegen vor: | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Gab es Klinikaufenthalte/ Therapien? | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Folgende: | |
| von: | bis: | Name d. Klinik/ Praxis: |
| | | |
| | | |
| | | |

3. Werdegang/ Lebenslauf

Kindertagesstätte/ Schule:

| | | |
|------|------|-------|
| von: | bis: | Name: |
| | | |
| | | |
| | | |

Ausbildung/ Beruf:

| | | |
|------|------|-------|
| von: | bis: | Name: |
| | | |
| | | |
| | | |

Wichtige Ereignisse:

| Schilderung von wichtigen Ereignissen (mit Jahreszahlen) <i>(z. B. Tod naher Angehöriger, Trennung von Eltern/ Partner*innen, Unfälle, Fluchterfahrungen)</i> |
|--|
| |
| |
| |

4. Angaben zu Eltern

Nur auszufüllen bei antragstellenden Personen im Alter von 18- 27 Jahren.

| | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| Mutter verstorben? | <input type="checkbox"/> ja | seit: | <input type="checkbox"/> nein |
| Vater verstorben? | <input type="checkbox"/> ja | seit: | <input type="checkbox"/> nein |
| Vater unbekannt? | <input type="checkbox"/> ja | seit: | <input type="checkbox"/> nein |

| | Mutter | Vater |
|--------------|---------------|--------------|
| Name: | | |
| Vorname: | | |
| Straße, Nr.: | | |
| PLZ, Ort: | | |
| Telefon: | | |
| E-Mail: | | |

Bericht Vorschulische Betreuung

Datum _____

Name und Adresse der Betreuung

Telefon _____

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bericht an die Eltern zurück.

Vielen Dank!

Name des Kindes _____ Vorname _____

Anschrift _____

Gruppe _____ Aufnahme am _____

Gruppenbetreuung _____ Tel. _____

Zu welchen Zeiten sind telefonische Rücksprachen möglich?

Sind für den Kontakt mit der Familie Dolmetscherleistungen notwendig, wenn ja, in welcher Sprache?

Vorher besuchte Betreuungen, sofern bekannt (Name, von – bis)

Die Betreuungszeiten sind folgende:

Beginn:

Mo _____ Di _____ Mi _____ Do _____ Fr _____

Ende:

Mo _____ Di _____ Mi _____ Do _____ Fr _____

Betreuungszeiten außerhalb der o.g. Angaben:

Fehlzeiten (Gründe dafür, soweit bekannt)

1. Gruppensituation

1.1 Anzahl der Kinder in der Gruppe _____

1.2 Kurzbeschreibung der Gruppe (z.B. Krippengruppe, Regelgruppe, I-Gruppe, heilpädagogische Gruppe etc.)

1.3 Wie viele Kinder erhalten Unterstützung durch Leistungen der Eingliederungshilfe? Gibt es bereits zusätzliche Assistenzen in der Gruppe?

1.4 Wie ist das Kind in die Gruppe integriert?

2. Persönliche Situation des Kindes

2.3 Welche Einschränkungen ergeben sich im Alltag in der Betreuung des Kindes?

2.4 Gibt es soziale oder emotionale Auffälligkeiten des Kindes?

2.5 Welche Stärken hat das Kind?

2.6 Das Kind nutzt folgende Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Hörgeräte, Mikrofone, Spezielle Software):

keine Hilfsmittel

3. Andere Fördermaßnahmen

Finden Fördermaßnahmen für das Kind statt (z.B. Heilpädagogische Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, sonstige)?

Welche Praxis/Leistungserbringender führt die o.g. Maßnahme(n) durch?

die Förderung findet in der Betreuung statt
 die Förderung findet extern statt

4. Aktivität und Teilhabe in den Lebensbereichen

4.1 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen - wie läuft z.B. die tägliche Routine, welche pflegerischen Bedarfe sind zu decken? Welche Handlungen werden von der Betreuung übernommen? (Essen anreichen, Windeln wechseln, Medikamente reichen, Unterstützung bei Anfällen etc.)

4.2 Altersangemessene Kommunikation (z.B. Sprache und Wortschatz) - Gibt es hier Unterstützungsbedarf? Werden Hilfsmittel zur Kommunikation eingesetzt?

4.3 Altersangemessene Mobilität und Orientierung in der Umgebung:

4.4 Altersangemessene Selbstständigkeit in der Selbstversorgung (Essen, Trinken, Umkleiden, Toilettengang):

4.5 Altersangemessene Einschätzen von Gefahren, Weglauftendenzen:

4.5 Altersangemessene Selbstständigkeit in der Meldung von Bedürfnissen:

5. Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Eltern nehmen an Beratungsgesprächen teil | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Eltern nehmen ihrerseits Kontakt auf | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Absprachen zwischen Fachkräften und Eltern sind möglich | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

6. Ziele

(Nur auszufüllen, wenn es sich um eine Leistung im Rahmen der Betreuung in einer Integrativen Gruppe oder in einem Heilpädagogischen Kindergarten handelt.)

6.1 Welche Ziele sollen mit der Förderung erreicht werden?

6.2 Wie soll sich die Förderung auf das Verhalten des Kindes auswirken?

6.3 Wie sollen sich die pädagogischen Maßnahmen auf die Gruppenintegration des Kindes auswirken?

Unterschriften
Gruppenmitarbeitende/Gruppenleitung(en)

**7. Auswertung der pädagogischen Maßnahmen im vergangenen Bewilligungszeitraum
(Auszufüllen bei einem Wiederholungsantrag)**

7.1 Wie hat sich die Maßnahmen auf die Entwicklung ausgewirkt, gibt es Fortschritte, Rückschritte oder keine Veränderung?

7.2 Welche Ziele sollen weiterhin verfolgt werden? Fallen Ziele weg? Kommen neue Ziele hinzu?

7.3 Wie wirkte sich die Maßnahme auf das Verhalten des Kindes aus?

7.4 Wie wirkt sich die Maßnahme auf die Gruppenintegration des Kindes aus?

Unterschriften
Gruppenmitarbeitende/Gruppenleitung(en)

Hinweisblatt Antragsunterlagen SGB IX

Folgende Unterlagen sind für die Antragsbearbeitung vorzulegen:
hier: Integrative Gruppe im Regelkindergarten

Bemerkung: Bitte übersenden Sie ausschließlich Zweitschriften oder Kopien.
Originale können aus organisatorischen Gründen **nicht an Sie zurückgegeben werden.**

- Vordruck B.3 – Antrag Eingliederungshilfe**
(bitte vollständig ausfüllen und alle sorgeberechtigten Personen müssen unterschreiben)
- Vordruck B.4 – Datenblatt Bedarf**
- Nachweis über das Sorgerecht (z. B. Sorgeerklärung, Negativbescheinigung, Gerichtsbeschluss/-urteil), Nachweis über Amtsvormundschaft/-pflegschaft
- ggf. Schwerbehindertenausweis (Vor- und Rückseite) – wenn vorhanden
- ggf. Nachweis über die Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus (außerhalb EU)
- Vordruck B.2 – **Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**
(bitte vollständig ausfüllen; bei minderjährigen Personen müssen alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben)
- aktuelle ärztliche Unterlagen/Diagnosen, aus denen sich Art und Umfang der Behinderung, ggf. auch der Teilhabebeeinträchtigung, ergibt.
Bei Pflegebedürftigkeit bitte ebenfalls entsprechende ärztliche Unterlagen/Diagnosen beifügen.
- ggf. aktuelles MDK-Gutachten/MD-Gutachten – wenn vorhanden
- ggf. aktueller Nachweis des Pflegegrads – wenn vorhanden
- beigefügter Vordruck B.26 – **Bericht Vorschulische Betreuung**;
(bitte leiten Sie den beiliegenden Vordruck an die Kindertagesstätte Ihres Kindes weiter); alternativ Entwicklungsberichte aus der Kindertagesstätte
- Entwicklungsberichte Frühförderung und/ oder Krippe/ Kindergarten

Hinweisblatt Datenschutz

Allgemeine datenschutzrechtliche Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Für die Bearbeitung Ihres Antrags werden personenbezogene Daten verarbeitet. Die von Ihnen gem. § 67a Abs. 1 S. 2 SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen, § 60 Abs. 1 SGB I. Bei fehlender Mitwirkung kann diese Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, § 66 SGB I.

Um Sie bei der Einschätzung zu unterstützen, was das im Einzelnen für Sie bedeutet, informieren wir Sie nachstehend gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über Einzelheiten.

Als leistender Rehabilitationsträger ist die Region Hannover grundsätzlich Ihre Ansprechpartnerin für datenschutzrechtliche Fragen und zugleich Verantwortliche (Art. 4 Nr. 7 DSGVO). Die Kontaktdaten der jeweiligen Ansprechperson finden Sie oben rechts in unserem Briefkopf. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten lauten:

Datenschutzbeauftragter der Region Hannover
Region Hannover
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover
datenschutz@region-hannover.de

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen. Beschwerden richten Sie bitte an die/ den Landesbeauftragte(n) für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, www.lfd.niedersachsen.de

Ihre personenbezogenen Daten werden von der Region Hannover an Hannoversche Informationstechnologien AöR, Hildesheimer Straße 47, 30169, als Datenverarbeiter weitergeleitet. Diese Verarbeitung findet in Deutschland statt.

Entsprechende Datenkategorien, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs verarbeitet werden, ergeben sich aus § 18 Abs. 2 SGB IX i.V.m. § 55 Abs. 3 GE Reha – Prozess (Art. 14 Abs. 1 lit. D DS-GVO).

Die Datenverarbeitung und Nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff SGB IX, §§ 67 ff SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Die Daten werden gem. § 69a Abs. 1 S. 1 SGB X im erforderlichen Umfang zum Zwecke der Antragsbearbeitung oder der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erhoben und können, sofern Sie nicht widersprechen, gem. §§ 69 Abs. 1 Nr. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1

SGB X zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes übermittelt werden. Um Feststellungen zu einem eventuell bestehenden Pflegegrad treffen zu können, kann eine Übermittlung an die Organisationseinheit Hilfe zur Pflege der Region Hannover erfolgen.

Bei der Bearbeitung Ihres Antrages könnte eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern oder Stellen erforderlich sein, um die konkret in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen (§§ 14-23 SGB IX). Dies umfasst insbesondere die sog. Teilhabebplanung, die in Abstimmung mit den leistungsberechtigten Personen durchgeführt wird. Dabei ist es möglich, dass die Verantwortung für das Verfahren und damit auch die datenschutzrechtliche Verantwortung auf einen anderen Rehabilitationsträger übergeht. Im Rahmen der Aufgabenerfüllung können Ihre Daten gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte z.B. andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I übermittelt werden.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft, Artikel 15 DSGVO
- Recht auf Berichtigung, Artikel 16 DSGVO, oder Löschung, Artikel 17 DSGVO soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung, Artikel 18 DSGVO
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, Artikel 21 DSGVO

Bezüglich der Übermittlung von Daten, die durch Berufsgeheimnisträger (z.B. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Gutachter*innen) zugänglich gemacht wurden, haben Sie ein Widerspruchsrecht, § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X. Das Widerspruchsrecht kann zu jedem Zeitpunkt wahrgenommen werden. Es reicht aus, wenn darin zum Ausdruck gebracht wird, dass Sie mit der Weitergabe ihrer Daten nicht einverstanden sind. Dieser Widerspruch gilt so lange, bis er zurückgenommen wird.

Beruht die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung, haben Sie das Recht diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sofern Sie in Ausübung Ihrer oben genannten Rechte bzw. durch Nichterteilung bzw. Widerruf einer Einwilligung bzw. durch Widerspruch nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X die Datenverarbeitung bei der Bearbeitung Ihres Antrags einschränken, kann dies Auswirkungen auf die Möglichkeit der Leistungsbewilligung haben. Welche Auswirkungen dies sind, bestimmt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalles. Dabei werden auch die gesetzlichen Regelungen zur Mitwirkung (§§ 60 bis 65 SGB I) und fehlender Mitwirkung (§§ 66, 67 SGB I) herangezogen.

Die Daten werden gem. § 84 SGB X nur in dem Umfang und so lange gespeichert, wie dies für die Bearbeitung des Antrags erforderlich ist. Bei Abstimmung mit anderen Trägern für die umfassende Bedarfsfeststellung und bis zum Ablauf gesetzlich vorgegebener Fristen, jedoch längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Hinweisblatt Mitwirkungspflicht

Leistungsberechtigte Personen sowie ggf. die sorgeberechtigten Personen haben die Verpflichtung zur Mitwirkung im Antragsverfahren und darüber hinaus. Es sind alle Tatsachen oder Änderungen in den Verhältnissen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind.

Die Tatsachen oder Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen. Hierzu zählen z.B. Änderungen in den gesundheitlichen Verhältnissen, der Einkommens- und Vermögensverhältnisse und des Krankenversicherungsschutzes. (§ 60 SGB I)

Die beantragten Leistungen können versagt oder wenn bereits Leistungen gewährt werden, auch entzogen werden, wenn der Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer gesetzten Frist nachgekommen wird. (§ 66 SGB I)

Hinweisblatt Schweigepflicht

1. Informationen zum Datenschutz

Ihre Sozial- und Gesundheitsdaten gehören zu einer besonders schutzwürdigen Kategorie personenbezogener Daten. Der Sozial- und Patientendatenschutz ist daher besonders hoch: Diese personenbezogenen Daten unterliegen zusätzlichen Anforderungen, da sie eine Person in besonderer Weise identifizieren und z.B. Rückschlüsse auf die Lebensführung zulassen. Darüber hinaus schützt die Schweigepflicht das besondere Vertrauensverhältnis zwischen der Region Hannover und Ihnen als leistungsempfangende Person.

Diese Erklärung betrifft zusammengefasst den Umgang der Region Hannover mit den Sozialdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten durch die Region Hannover, Fachbereich Teilhabe, selbst den Umgang im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten und die Weitergabe der Daten an Stellen außerhalb der Region Hannover.

Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde inhaltlich abgestimmt und an die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) angepasst, die am 25.05.2018 in Kraft trat.

Um den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sicherzustellen, stellen wir sicher, dass die Daten, die freigegeben werden, nur für die Zwecke verwendet werden, für die die Schweigepflichtsentbindung erteilt wurde.

Weiterhin erfolgt die Zustimmung zur Freigabe der Daten freiwillig und ohne Druck oder Zwang. Sie entscheiden darüber, ob Sie bestimmte Daten freigeben.

Die Region Hannover informiert Sie über den Umfang und Zweck der Freigabe sowie über Ihre Rechte im Zusammenhang mit der Freigabe der Daten.

Wir stellen darüber hinaus sicher, dass die Sicherheit der Daten gewährleistet ist und ergreifen angemessene Maßnahmen, um die Vertraulichkeit und Integrität der Daten zu schützen. Wenn personenbezogene Daten offengelegt werden, erfolgt dies auf eine sichere Weise, um sicherzustellen, dass die Daten nicht unautorisiert abgerufen werden können.

2. Warum benötigt die Region Hannover Informationen zur medizinischen Vorgeschichte?

Wenn Sie wegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung Unterstützung benötigen, um Ihren Alltag zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, stellen Sie einen Antrag bei der Region Hannover. Diese kann für Sie Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligen. Dies ist nur möglich, wenn bei Ihnen eine (sozial-)medizinische Diagnose einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung vorliegt. Diese muss mit einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einhergehen.

Aus der Krankengeschichte sollte hervorgehen, dass die Erkrankung bzw. ihre Folgen voraussichtlich länger als 6 Monate anhalten und somit eine Behinderung vorliegt (Leistungsvoraussetzungen). Dies hat der Gesetzgeber in §§ 2, 99 SGB IX, 35a SGB VIII vorgegeben.

3. Warum eine Schweigepflichtsentbindung?

Die Mitarbeiter*innen der Region Hannover sind bestrebt, Anträge auf Leistungen der Eingliederungshilfe so schnell wie möglich zu bearbeiten und über diese Anträge so schnell wie möglich zu entscheiden.

Die Prüfung der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen umfasst dabei den wesentlichen Teil der Bearbeitung und erfordert den meisten Zeitaufwand. Um diesen Zeitaufwand so gering wie möglich zu halten, das Verfahren also zu beschleunigen, ist es notwendig alle entscheidungsrelevanten Unterlagen so schnell wie möglich zu erhalten. Sehr oft haben andere Institutionen und oder Dienste sowie Ärzt*innen bereits die benötigten Informationen vorliegen, die sie nur dann der Region Hannover zur Verfügung stellen dürfen, wenn eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

Viele der personenbezogenen Daten, die wir erheben, dürfen wir bereits auf gesetzlicher Grundlage erheben und an andere Rehabilitationsträger weiterleiten, da sie für die der Gewährung von Eingliederungshilfe (EGH) gemäß Artikel 6 Abs. 1 e) DSGVO nötig sind. Dabei handelt es sich z. B. um Ihre Anschrift. Für diese Daten benötigen wir daher keine gesonderte Einwilligung von Ihnen.

Um andere Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten für den Antrag auf EGH erheben, an andere Rehabilitationsträger weiterleiten und verwenden zu dürfen, benötigen wir die Einwilligungen der betroffenen Personen. Wir benötigen auch eine Schweigepflichtentbindung, um ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzt*innen, einsehen zu dürfen.

4. Welche Ärzte, Dienste und Institutionen fragt die Region Hannover?

Die Region Hannover wird nur von den Ärzt*inne/ Diensten und Institutionen Informationen einholen, die zu der Erkrankung/ Behinderung Aussagen machen können, die mit dem Antrag auf Eingliederungshilfe im Zusammenhang steht. Tragen Sie daher in der Schweigepflichtentbindung nur die Personen und Stellen ein, die aktuelle Informationen über ihre Erkrankung haben oder etwas zu ihrer jüngeren Krankengeschichte sagen können. (Seite 2 der Schweigepflichtentbindung)

5. Gibt die Region Hannover die Daten an Dritte weiter?

Die Aufgaben der Sozialverwaltung werden von einer Vielzahl von Stellen wahrgenommen, so dass ein Austausch von Daten für die Erfüllung sozialer Aufgaben im Einzelfall erforderlich sein kann. Als Eingliederungshilfeträger benötigen wir weiterhin die Schweigepflichtentbindung von Ihnen, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere

nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Antrag auf EGH gestellt wurde, an andere Rehabilitationsträger, z. B. an die Krankenkasse weiterleiten zu dürfen.

Rechtsgrundlage für eine solche Übermittlung ist § 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nummer 1 SGB X. Der Übermittlung von besonders Schutzwürdigen Sozialdaten, die im Zusammenhang mit der Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, können Sie generell vorab widersprechen (Seite 2 der Schweigepflichtsentbindung). Ein solcher Widerspruch kann sich jedoch gegebenenfalls nachteilig auf die zügige Bewilligung der Leistung auswirken (siehe Frage 5.).

Die Rehabilitationsträger sind zur Zusammenarbeit verpflichtet. Deswegen werden Leistungen zur Teilhabe trotz der gegliederten Aufgabenverteilung zwischen den Behörden wie aus einer Hand erbracht. Dies wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) bestimmt. Dafür wurden alle Leistungen zur gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung im SGB IX zusammengefasst. Beispielsweise können leistungsberechtigte Personen nun neben der Eingliederungshilfe auch Zugang zu ambulanten Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erhalten.

Damit Ihre Wünsche und Ziele mit den Maßnahmen verbunden werden können, die nach den neuen Vorschriften möglich sind, und die Teilhabeplanung Wirklichkeit wird, müssen einzelne Personen, Behörden usw. von der Schweigepflicht entbunden werden.

6. Was passiert, wenn die Entbindung von der Schweigepflicht nicht erklärt und/ oder der Übermittlung von Daten an Dritte generell vorab widersprochen wird?

Ohne Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung darf die Region Hannover bei anderen Institutionen Diensten oder Ärzt*innen keine ärztlichen Unterlagen einholen. In diesem Fall nimmt die Bearbeitung ihres Antrages einen deutlich längeren Zeitraum in Anspruch und es dauert zwangsläufig länger, bis über ihren Antrag entschieden werden kann. Auch wenn der Übermittlung von Daten generell vorab widersprochen wird, kann es zumindest zu erheblichen Verzögerung des Verwaltungsverfahren kommen.

7. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass sie beziehungsweise die von Ihnen vertretenen Personen im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind, ist

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind,
- entsprechen relevant Nachweise vorzulegen,
- sich auf Verlangen, ärztlichen und oder psychologischen Untersuchung zu unterziehen.

Wenn Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen, kann die Region Hannover nicht ordnungsgemäß prüfen, ob sie die Voraussetzung zum Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllen, beziehungsweise wird diese Klärung erheblich erschwert. In diesem Fall kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, § 60-67 SGB I.

8. Informationen zu den Rechtsgrundlagen

Wir verweisen auf die Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten der Region Hannover nach Art. 13 und 14 der Datenschutz Grundverordnung, in Verbindung mit § 82 SGB X und § 82 A SGB X.

Weitere Rechtsgrundlagen dem Zusammenhang mit der Schweigepflichtsentbindung von Bedeutung sind

- § 35 SGB I (Sozialgeheimnis)
- §§ 60-67 SGB I (Mitwirkungspflichten)
- § 25 SGB X (Akteneinsicht)
- § 76 SGB X (besonders schutzwürdige Sozialdaten)
- Artikel. 7 DSGVO (Bedingungen für die Einwilligung)