



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

Zurück an:  
Landkreis Lüneburg  
Fachdienst Jugendhilfe und Sport  
51. - 503350/  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
für Kinder und Jugendliche**

<b>Beantragte Leistung (bitte ankreuzen oder eintragen)</b>			
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Integrative Krippe <input type="checkbox"/> Integrativer Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten <input type="checkbox"/> Integrationsassistenz als Schulbegleiter			
Sonstige Leistung:			
<b>Persönliche Verhältnisse des Kindes / Jugendlichen</b>			
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und Geburtsname)			
Geburtsdatum, -ort			
Geschlecht		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
wohnhaft im Haushalt		<input type="checkbox"/> der Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> des Vaters <input type="checkbox"/> einer sonstige Person:	
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	
Familienstand des Kindes/Jugendlichen, <b>falls nicht ledig</b> , Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:			
Bei ausländischen Staatsangehörigen – aufenthaltsrechtlicher Status des Kindes / Jugendlichen (bitte Kopie des Passes und Aufenthaltstitels beifügen):			
Schwerbehindertenausweis (bitte in Kopie)	gültig bis:	Merkzeichen:	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer / E-Mail für Fragen zum Antrag:			
<b>Persönliche Verhältnisse der Eltern</b>			
<b>Mutter</b>			
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und Geburtsname)			
Geburtsdatum, -ort			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:			
<b>Vater</b>			
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und Geburtsname)			
Geburtsdatum, -ort			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:			

<b>Wohnverhältnis und Einkommen der Eltern</b>		
Wenn das Kind / der Jugendliche im Haushalt der Eltern oder eines Elternteils wohnhaft ist (Zutreffendes bitte ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> Die Eltern sind erwerbstätig. <input type="checkbox"/> Der Elternteil ist erwerbstätig. <input type="checkbox"/> Die Eltern erhalten Sozialleistungen. <input type="checkbox"/> Der Elternteil erhält Sozialleistungen.		
<b>Wenn Sozialleistungen bezogen werden, bitte den Bescheid in Kopie vorlegen (z. B. ALG II, Sozialhilfe, Wohngeld, Kindergeldzuschlag).</b>		
<b>Angaben zu Geschwisterkindern (jeweils Name, Vorname, Geburtsdatum)</b>		
<b>Sonstige Angaben</b>		
Wurde bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)		
Bestehen Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)		
Ist die Behinderung eingetreten		
aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
aufgrund eines Impfschadens? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
aufgrund eines Unfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
aufgrund einer Gewalttat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
aufgrund eines anderen Ereignisses? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wer hat das Sorgerecht für das Kind / den Jugendlichen? <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> die Mutter <input type="checkbox"/> der Vater		
Wenn <b>nicht</b> beide Eltern: bitte Nachweis vorlegen!		
Steht das Kind unter Vormundschaft oder Pflegschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>Wenn ja:</b> bitte Nachweis mit Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters vorlegen!		
<b>Krankenversicherung / Beihilfe</b>		
Ist das Kind krankenversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift der Versicherung, sowie Versicherungsnummer	Über welche Person ist das Kind versichert?
Ist das Kind beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift der Beihilfestelle, sowie Beihilfenummer	Über welche Person ist das Kind beihilfeberechtigt?
Behandlungen, die bereits geleistet werden / wurden:	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Sprachtherapie / Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte eintragen):	
<b>Gewünschter Anbieter</b>		
Wenn bekannt, Name des Anbieters, der die Leistungen erbringen soll:		

Auf die Angebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) weise ich hin. Informationen hierzu finden Sie im Internet unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Behandlungsmaßnahmen usw. unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe (§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Ich bestätige den Erhalt des Informationsblattes zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in;  
bei Minderjährigen Unterschriften aller Sorgeberechtigten



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
Teilhabe- und Gesamtplanverfahren für Kinder und Jugendliche  
Entbindung von der Schweigepflicht**

**Aktenzeichen: 51.\_\_\_\_-503350/**

**Name des Kindes oder der/des Jugendlichen:**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Für die Entscheidung über die beantragte Leistungsgewährung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ist es zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich, den Bedarf zu ermitteln und ggf. einen Teilhabe- oder Gesamtplan zu erstellen (§§ 19 ff., 117 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – SGB IX). Hierfür ist es auch erforderlich, dass der Landkreis Lüneburg oder ein durch diesen beauftragtes Gesundheitsamt bereits vorhandene Unterlagen, die der Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen dienlich sind, von Dritten einholt.

**Bitte füllen Sie die umseitig abgedruckte Liste aus,** damit ich einen Überblick über die behandelnden Ärzte und Institutionen erhalte.

**Bitte fügen Sie dem Antrag vorhandene Befundberichte oder Gutachten in Kopie bei.  
Bei Anträgen auf Schulassistenz fügen Sie bitte auch den Feststellungsbescheid des sonderpädagogischen Bedarfs bei.**

**Schweigepflichtentbindung**

Zur Ermittlung des Bedarfs und die Erstellung eines Teilhabe- oder Gesamtplanes durch den Landkreis Lüneburg oder das Gesundheitsamt entbinde ich die von mir genannten Ärzte und Institutionen gegenüber deren Mitarbeitern von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die dort vorhandenen Unterlagen in Form von Gutachten, Arztberichten, Berichten oder Ähnlichem, zum Zwecke der Prüfung des Bedarfs und ggf. der Erstellung eines Teilhabe- oder Gesamtplanes an diese übermittelt werden dürfen. Die Schweigepflichtentbindung gilt für die Dauer der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch das Gesundheitsamt und im Rahmen der Fortschreibung des Teilhabe- oder Gesamtplanes.

Nach der Erstellung der Stellungnahme erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese vom Gesundheitsamt auch an den über die Leistungsgewährung entscheidenden Fachdienst Jugendhilfe und Sport, Fachgebiet Teilhabe, beim Landkreis Lüneburg übermittelt wird. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

**Bitte Rückseite beachten!**



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
Teilhabe- und Gesamtplanverfahren für Kinder und Jugendliche  
Entbindung von der Schweigepflicht**

**Aktenzeichen: 51.\_\_\_\_-503350/**

**Bitte Liste ausfüllen und vorhandene Befundberichte oder Gutachten in Kopie beifügen.**

In Anspruch genommene Dienstleistungen und Einrichtungen:

	<b>Name, Anschrift, Telefon- und Faxnummer, E-Mail-Adresse</b>
Hausarzt	
Kinderarzt	
Krankenhaus	
Kindergarten	
Krippe	
Vorschule/Hort	
Schule	
Neurologie	
HNO	
Logopädie	
Physiotherapie	
Ergotherapie	
Tagespflege	
Jugendhilfemaßnahme	
Autismusinstitut	
Psychiatrische Klinik	
Psychotherapeut	
MDK (Pflegegutachten)	
Ambulante Pflege	



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

## Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

### Informationsblatt zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten

---

Der Träger der Eingliederungshilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten für die Bearbeitung des Antrages und die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erhoben und verarbeitet werden. Für einen Antrag auf Kostenübernahme in besonderen Wohnformen erfolgt eine Weitergabe des Antrages an den Träger der Sozialhilfe, sofern Sie diesem nicht widersprechen. Die Kontaktdaten des Verantwortlichen lauten:

Landkreis Lüneburg  
Der Landrat  
Fachdienst Jugendhilfe und Sport  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg  
Telefon: 04131 26-0

Um Sie bei der Einschätzung zu unterstützen, was dies im Einzelnen für Sie bedeutet, informieren wir Sie nachstehend gem. Art 13 und Art. 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) über Einzelheiten (Erläuterungen von hier verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffen finden Sie in Art. 4 EU-DSGVO).

Die von Ihnen gem. § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistungen vorliegen (§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und Nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff. SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1c) DSGVO. Die in der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Teilhabe- oder Gesamtplans (§§ 19 ff., 117 ff. SGB IX) verwendet. Leistungen zur Teilhabe bedürfen immer Ihrer Zustimmung (§ 8 Abs. 4 SGB IX). Im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens werden, mit Ihrer Zustimmung und falls erforderlich, weitere Rehabilitationsträger oder andere Stellen (z. B. Pflegekasse, Jobcenter) an der Erstellung des Teilhabeplans beteiligt (§ 22 SGB IX). Ihre Daten können von dem o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. § 67d ff. SGB X an Dritte z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen Ländern übermittelt werden. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist, längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezugs.

**Bitte wenden!**



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**  
**Informationsblatt zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten**

---

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung oder Löschung (Art. 16 & 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen (Art. 21 DSGVO)
- Recht auf Beschwerde bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen (Art. 77 DSGVO)

Die Kontaktdaten der Datenschutzschutzbeauftragten lauten:

Datenschutzbeauftragte des Landkreises Lüneburg  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg  
Telefon: +49 4131 26-1756  
Fax: +49 4131 26-2756  
E-Mail: [datenschutz@landkreis-lueneburg.de](mailto:datenschutz@landkreis-lueneburg.de)

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Telefon: +49 511 120 4500  
Fax: +49 511 120 4599