

Bezirk Mittelfranken  
Arbeitsbereich 26  
Postfach 6 17  
91511 Ansbach

## A n t r a g

### auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:</b>                                  |                                   |
| Name, Vorname  |                                   |
| <input type="checkbox"/> männlich  | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum und -ort  |                                   |
| Straße   |                                   |
| Wohnort  |                                   |
| Seit wann am jetzigen Wohnort  |                                   |
| Staatsangehörigkeit  |                                   |
| Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVF) wird zurzeit besucht |                                   |

| Familienverhältnisse  | des Vaters  | der Mutter  |
|-----------------------|---|---|
| Name, Vorname         |   |   |
| Geburtsdatum und -ort |   |   |
| Staatsangehörigkeit   |   |   |
| Familienstand         |   |   |
| Straße                |   |   |
| PLZ, Wohnort          |   |   |
| Telefonnummer         |   |   |
| Sorgeberechtigt       | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Pflegekind            | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Name der Pflegeeltern |   |
| Anschrift             |   |
| Zuständiges Jugendamt |   |

|  |
|--|
| <b>Angaben zur beantragten Hilfe</b>                   |
| Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch:     |
| Ab wann wird die Hilfe beantragt?                      |
| Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt? |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert?      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von wem?                               |                             |                               |
| Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen? |                             |                               |

|  |                                   |   |  |                   |
|--|-----------------------------------|---|--|-------------------|
| <b>Anderweitige Ansprüche</b>                        |                                   |   |  |                   |
| Das Kind ist   | selbst <input type="checkbox"/>   | mit seinem Vater <input type="checkbox"/> | mit seiner Mutter <input type="checkbox"/> | krankenversichert |
|  |                                   | privat <input type="checkbox"/>           | gesetzlich <input type="checkbox"/>        |                   |
| bei der .....  |                                   |   |  |                   |
| Anschrift: .....                                     |                                   |   |  |                   |
| Die Behinderung ist Folge eines                      | - eines Unfalles                  | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>              |                   |
|  | - eines Impfschadens              | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>              |                   |
|  | - schuldhaften Verhaltens Dritter | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>              |                   |
| Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen? |                                   | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>              |                   |
| Wenn ja, welche: .....                               |                                   |   |  |                   |

- Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan
  - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
  - Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
  - Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
  - Vollmacht zur **Antragstellung**

**Erklärung:**

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) der Eltern bzw.  
der Sorgeberechtigten

**Anlage 6a** zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

**Hinweis gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Bezirk Mittelfranken

Danziger Str. 5

91522 Ansbach

Tel.: 0981/4664-0

E-Mail: [sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de](mailto:sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de)

Die von Ihnen gem. § 67a 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 ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

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

Ihre Daten können vom Bezirk Mittelfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

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.

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 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

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 DSGVO, § 84 SGB X).

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

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Mittelfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Mittelfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0981/4664-1040 oder über folgende E-Mail-Adresse: [datenschutz@bezirk-mittelfranken.de](mailto:datenschutz@bezirk-mittelfranken.de)

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de))