

<b>Anlagen zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe</b>
--

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Einwilligung zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an den Maßnahmeträger   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Tatsächlicher (gewöhnlicher) Aufenthalt des Antragstellers   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Angaben Krankenkasse, Hausärzte, Fachärzte, Klinikaufenthalte  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfen nach dem SGB XII oder SGB IX in den letzten 5 Jahren | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Prüfung vorrangiger Leistungen nach § 9 SGB IX   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Vermögen des Antragstellers bzw. des Ehegatten   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Zustimmungserklärung über die Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach § 22 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 4 SGB XI     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten Art. 13 Abs. 1 lit. a DS-GVO und Art. 14 DS-GVO                       | <input checked="" type="checkbox"/> |

Soweit zutreffend bitte **zusätzlich** die folgenden Unterlagen in Kopie beifügen:

**Allgemeine Unterlagen / Vollmachten**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| ➤ Chipkarte der Krankenkasse                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Schwerbehindertenausweis                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Personalausweis                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Sorgerechtserklärung bei alleinigem Sorgerecht | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Bescheide**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| ➤ Bescheid des Versorgungsamtes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Bescheid der Pflegekasse      | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Medizinische Unterlagen**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| ➤ Ärztliche Stellungnahmen   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Befunde  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Gutachten zur bestehenden Behinderung                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Schulische Unterlagen**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| ➤ Schuljahreszeugnis Schuljahr 2021/2022   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Sonderpädagogisches Gutachten der Schule | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ➤ Aktueller Stundenplan                    | <input type="checkbox"/>            |

## 1. Einwilligung zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an den Maßnahmeträger

Aktenzeichen:

Bewilligungsbescheid Eingliederungshilfe

von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Träger

Ich gebe mein Einverständnis, dass o. g. Bescheide direkt vom Eingliederungshilfeträger an den  
Maßnahme-Träger übergeben werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

## 2. Tatsächlicher (gewöhnlicher) Aufenthalt des Antragstellers

Aktenzeichen:

**tatsächlicher Aufenthalt, (wo haben Sie tatsächlich gewohnt, auch wenn es nicht die Meldeadresse war)**

(die letzten Monate **vor Beginn der Hilfe bzw. vor Beginn der Krankenhausbehandlung, der stationären Therapie oder Beginn** der Haft sind hierbei von Bedeutung)

### 1. tatsächlicher Aufenthalt

Name, Vorname Antragsteller/in \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bitte alle Nachweise beifügen, die diesen Aufenthalt bestätigen. Sollten keine Unterlagen vorhanden sein, benennen Sie bitte die aktuelle Adresse von Personen, die diesen tatsächlichen Aufenthalt (vor der ersten Heimaufnahme) bestätigen können.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### 2. Aufzählung aller **bekanntem Heime und Klinikaufenthalte** der letzten **12 Monate**

**Heim / Klinik**

**Anschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

### 3. Angaben Krankenkasse, Hausärzte, Fachärzte, Klinikaufenthalte

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
geboren am

#### Angaben zur Krankenkasse, behandelnden Ärzten und Klinikaufhalten

##### Krankenkasse:

Ich bin versichert bei:

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Versicherungsnummer -----

##### Mein Hausarzt:

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

##### Meine Fachärzte:

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----  
-----

Telefon: -----

**Klinikaufenthalte in den letzten 5 Jahren:**

Name: -----  
Bereich / Station: -----  
Anschrift: -----  
-----  
Zeitraum: -----

Name: -----  
Bereich / Station: -----  
Anschrift: -----  
-----  
Zeitraum: -----

Name: -----  
Bereich / Station: -----  
Anschrift: -----  
-----  
Zeitraum: -----

Name: -----  
Bereich / Station: -----  
Anschrift: -----  
-----  
Zeitraum: -----

Name: -----  
Bereich / Station: -----  
Anschrift: -----  
-----  
Zeitraum: -----

**Weitere Ergänzungen zur ärztlichen bzw. therapeutischen Behandlung:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

## 4. Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfen nach dem SGB XII oder SGB IX in den letzten 5 Jahren

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
geboren am

**Ambulant betreutes Wohnen:**

Leistungserbringer (Dienst): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Dienst): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Dienst): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

**Teilstationäre Leistungen, z. B. Tagesstätte, Werkstatt für Menschen mit Behinderung (Berufliche Bildung und Arbeitsbereich) u. ä.:**

Leistungserbringer (Einrichtung): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

**Stationäre Leistungen, z. B. Wohnheim, Übergangwohnheim, Suchttherapeutisches Zentrum, Besondere Wohnform u. ä.:**

Leistungserbringer (Einrichtung): .....

Leistungsträger (Behörde) .....

Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....  
Leistungsträger (Behörde) .....  
Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....  
Leistungsträger (Behörde) .....  
Zeitraum: .....

**Inanspruchnahme von Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII in den letzten zwei Jahren:**

Leistungserbringer (Einrichtung): .....  
Leistungsträger (Behörde) .....  
Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....  
Leistungsträger (Behörde) .....  
Zeitraum: .....

Leistungserbringer (Einrichtung): .....  
Leistungsträger (Behörde) .....  
Zeitraum: .....

Weitere Ergänzungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

## 5. Prüfung vorrangiger Leistungen nach § 9 SGB IX

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
geboren am

1. Erhalten die/der Antragsteller/in oder in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze (bitte zutreffendes ankreuzen)

JA  NEIN

- Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
- Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)
- Infektionsschutzgesetz/Impfschäden (IfSG) – vor 01.01.2001 nach dem Bundesseuchengesetz
- Häftlingshilfegesetz (HHG)
- Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
- weitere Entschädigungsgesetze, bitte Gesetz angeben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Anschrift, Aktenzeichen und entsprechende Unterlagen beifügen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte



## 6. Erklärung über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
geboren am

Ich erhalte bereits Leistungen nach dem SGB XI und zwar im

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Bei Vorhandensein eines Pflegegrades:

Ich nutze folgende Leistungen:

Pflegegeld

Pflegesachleistung (Pflegedienst)

Kombinationsleistung

Ich erhalte keine Leistungen nach dem SGB XI und

habe einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse gestellt. Eine Entscheidung steht noch aus.

werde zeitnah einen Antrag nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse stellen.

beabsichtige nicht, einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

## 7. Zustimmungserklärung über die Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach § 22 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 4 SGB XI

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
geboren am

Der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens sowie des Gesamtplanverfahrens verantwortlichen Rehabilitationsträger bezieht unter Berücksichtigung der Interessen der Leistungsberechtigten andere öffentliche Stellen in die Erstellung des Teilhabepplans/Gesamtplans in geeigneter Art und Weise ein, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

Falls zutreffend bitte die folgende(n) Zustimmung(en) erteilen:

Pflegekasse

Integrationsamt

Jobcenter

Betreuungsbehörde

Krankenkasse

Andere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

## 8. Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten

(Informationspflicht nach Art. 13/14 DS-GVO – keine ausschließliche Direkterhebung beim Betroffenen)

### 1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

(Art. 13 Abs. 1 lit. a / Art. 14 Abs. 1 lit. a DS-GVO)

**Verantwortlicher:** Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt  
Der Landrat  
Schloßstraße 24  
07318 Saalfeld

#### Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:

**Amt:** 3.2 Sozial- und Teilhabeamt  
**Sachgebiet:** 3.2.2 Teilhabe von Menschen mit Behinderungen  
**Kontakt:**  
**Telefon** 03671/ 823 591  
**Fax** 03671/ 823 575  
**E-Mail** sozialamt@kreis-slf.de

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

(Art. 13 Abs. 1 lit. b / Art. 14 Abs. 1 lit. b DS-GVO)

<b>Postanschrift:</b>	<b>Kontakt:</b>
Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt	Telefon 03671/ 823 559
Datenschutzbeauftragter	Fax 03671/ 823 964
Schloßstraße 24	E-Mail datenschutzbeauftragter@kreis-slf.de
07318 Saalfeld	

### 3. Zwecke der Datenverarbeitung

(Art. 13 Abs. 1 lit. c HS 1 / Art. 14 Abs. 1 lit. c HS 1 DS-GVO DS-GVO)

- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung
- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe

### 4. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

(Art. 13 Abs. 1 lit. c HS 2 / Art. 14 Abs. 1 lit. c HS 2 DS-GVO)

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die jeweiligen Hilfen auf der Grundlage von:

- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: Teil 1 und Teil 2 SGB IX
- Soziale Pflegeversicherung: § 43a SGB XI

jeweils unter den Maßgaben nach § 22 und 26 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) und in Verbindung mit den Vorgaben zum Sozialdatenschutz nach §§ 67 a ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) und § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

### 5. Kategorien der personenbezogenen Daten

(Art. 14 Abs. 1 lit. d DS-GVO)

Von Ihnen werden folgende Kategorien von personenbezogenen Daten verarbeitet:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Name                | <input checked="" type="checkbox"/> Anschrift                    | <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktdaten                         | <input checked="" type="checkbox"/> Geburtsdaten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Staatsangehörigkeit | <input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht                   | <input checked="" type="checkbox"/> Bankverbindung                       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Familienstand       | <input checked="" type="checkbox"/> wirtschaftliche Verhältnisse | <input checked="" type="checkbox"/> Schulabschluss-/Ausbildungsnachweise |  |
- Daten nach Art. 9 DS-GVO folgender Kategorie: Diagnosen (z. B. nach ICF-Klassifikation, Grad der Behinderung, Pflegegrad), Gesundheitsdaten mit Einwilligung des Betroffenen

### 6. Empfänger oder Kategorien von Empfängern

(Art. 13 Abs. 1 lit. e / Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO)

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

- innerhalb des Verantwortlichen: die Sachgebiete des Sozial- und Teilhabeamtes (Sozialleistungen zum Lebensunterhalt, Versorgungsverwaltung, Betreuungsbehörde, Unterhalt/Kostenerstattung, Widerspruchsstelle), Kreiskasse sowie nach Notwendigkeit der Fallkonstellation ggf. das Jugendamt und Gesundheitsamt
- Auftragsverarbeiter: Software-Dienstleister für die Fachanwendung Open Prosoz
- Dritte (außerhalb des Verantwortlichen): Sozialleistungsträger und Rehabilitationsträger (Agentur für Arbeit, Jobcenter, Pflegekassen, Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung)

### 7. Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation

(Art. 13 Abs. 1 lit. f / Art. 14 Abs. 1 lit. f DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt.

### 8. Dauer der Speicherung bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer

(Art. 13 Abs. 2 lit. a / Art. 14 Abs. 2 lit. a DS-GVO)

Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die Dauer von zehn Jahren nach Beendigung der Leistungsgewährung.

### 9. Rechte der Betroffenen im Rahmen der Verarbeitung

(Art. 13 Abs. 2 lit. b / Art. 14 Abs. 2 lit. c DS-GVO)

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

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO 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 (Art. 16 DSGVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DSGVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO 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, 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 (Art. 21 DSGVO).

### 10. Recht auf Widerruf der Einwilligung bei einer Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO

(Art. 13 Abs. 2 lit. c / Art. 14 Abs. 2 lit. d DS-GVO)

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten beruht nicht auf einer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO. Das Recht auf jederzeitigen Widerruf der Einwilligung kann daher nicht ausgeübt werden.

### 11. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

(Art. 13 Abs. 2 lit. d / Art. 14 Abs. 2 lit. e DS-GVO)

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde nach Art. 77 Abs. 1 DS-GVO. Dies ist in Thüringen der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Häßlerstraße 8, 99096 Erfurt ([www.tlfdi.de](http://www.tlfdi.de)).

### 12. Gesetzliche oder vertragliche Pflicht zur Bereitstellung der Daten

(Art. 13 Abs. 2 lit. e DS-GVO)

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist

gesetzlich vorgeschrieben       vertraglich vorgeschrieben       für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Sie sind verpflichtet Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen:       ja       nein

Die Folgen Ihrer Nichtbereitstellung sind: Über die Leistungsgewährung kann nicht entschieden werden. Eine mögliche Bewilligung der Leistung kann nicht erfolgen.

### 13. Quelle der personenbezogenen Daten

(Art. 14 Abs. 2 lit. f DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten stammen aus folgenden Quellen: Rehabilitationsantrag und Sozialleistungsträger innerhalb oder außerhalb des Landratsamtes. Die Übermittlung erfolgte zum Zwecke der Leistungsgewährung.

Ihre personenbezogenen Daten stammen nicht aus einer öffentlich zugänglichen Quelle.

### 14. Automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß

Art. 22 Abs.1, 4 DS-GVO (Art. 13 Abs. 2 lit. f / Art. 14 Abs. 2 lit. g DS-GVO)

Eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten für eine automatisierte Entscheidungsfindung durch das Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt findet nicht statt.

### 15. Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck

(Art. 13 Abs. 3 / Art. 14 Abs. 4 DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht für einen anderen Zweck weiterverarbeitet als den, für den die Daten erhoben wurden.