

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**



An den  
Landkreis Holzminden  
Eingliederungshilfe  
Bürgermeister-Schrader-Str. 24  
37603 Holzminden

Eingang am:

e-mail: [eingliederungshilfe@landkreis-holzminden.de](mailto:eingliederungshilfe@landkreis-holzminden.de)

**Erstantrag**  **Folgeantrag**

Antragstellung erfolgte aufgrund:

- der Erstberatung am:  
 der Schuleingangsuntersuchung am:  
 von HOPP am:

am:

Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX

- Medizinische Rehabilitation  Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben  
 Leistungen zur Teilhabe an Bildung:  Leistungen zur sozialen Teilhabe als:

- in einer Tagesstätte/ Tagesförderstätte  
 in einer stationären Einrichtung  
 besondere Wohnform  
 Kostenübernahme für die Unterbringung in einer Pflegefamilie  
 Schulbegleiter  
 Hilfsmittel

- heilpädagogische Leistung  
 im heilpädagogischen Kindergarten  
 in einer integrativen Kindergartengruppe  
 Krippengruppe  
 Sprachheilkindergarten  
 in Form von Frühförderung

**Ia.) Angaben zu den persönlichen Verhältnissen**

Antragstellende Person ist:  volljährig:  minderjährig:

Name, Vorname (ggf. früherer Name):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

**steuerliche  
Identifikationsnummer:**

Familienstand:

**Bei Ausländern bitte den  
Aufenthaltstitel beifügen**

Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):

seit wann?

Antragstellende Person wohnt in einer:

Wohnung

§ 42 a Abs.2 Nr. 1 SGB XII

besonderen Wohnform

§ 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII

anderen Unterbringungsform z.B.

Einrichtung § 43a SGB XI

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**

Schwerbehindertenausweis ausgestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis:                      Merkzeichen:                      GdB:                      Bitte Kopie beifügen.			
Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4      seit:  Gutachten liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kranken- und Pflegeversicherung:  <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen                      Versicherungsnummer:			
<b>Bestehen Beihilfeansprüche</b> gem. Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfeberechtigte Person: Beihilfestelle:			
Zur Vertretung berechtigte Person(en) /(Sorgeberechtigte?):  <input type="checkbox"/> Beide Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund Name(n), Vorname(n) <b>abweichend zu Ib.)</b>			
Ib.) Angaben zu den Eltern			
	Vater	Mutter	Vormund / Pflegeeltern
Name			
Geburtsname			
Vorname			
<b>steuerliche Identifikations- nummer</b>			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
E-Mail:			
Telefonnr.			
Arbeitgeber seit wann?			
Familienstand			
Staats- angehörigkeit			

<b>Ic .) Aufenthaltsstatus bei Ausländischer Staatsangehörigkeit : bitte Nachweis beifügen</b>			
	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>	<b>Antragstellende Personen</b>
a.)Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Aufenthaltsberechtigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Aufenthalts-erlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
d) Aufenthalts-befugnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
e.) Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis

**II Volljährige antragstellende Person**

- Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB.  
 Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht.

Name, Vorname, der zur Vertretung berechtigten Person:

Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):

Angestrebter Schulabschluss:

Vorraussichtliches Abschlussdatum:

E-Mail:

Telefon/Handy:

**Es werden folgende laufende Leistungen bezogen (bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)**

- Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II)  
 Sozialhilfe nach dem SGB XII  
 Kindergeldzuschlag von der Familienkasse  
 Wohngeld  
 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz  
 (Halb-) Waisenrente/Rente
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz oder Zivilgesetz  
 als Familienangehörige/r  als Waise

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**

Antragsbegründung /Art der bestehenden Behinderung : (kurze Schilderung)	
<p>Die antragstellende Person hat bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (z.B. Frühförderung, etc. )</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   Wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungsart</li> <li>▪ wer war Kostenträger</li> <li>▪ Ort der Leistungserbringung</li> <li>▪ Zeitraum</li> </ul>	
<p>Liegen bereits ärztliche Gutachten vor?</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Name Arzt oder Klinik</p>	<p>Erhält die antragstellende Person weitere Therapien</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche</p>
<p><input type="checkbox"/> Fachklinik :</p> <p><input type="checkbox"/> Fachärzte:</p> <p><input type="checkbox"/> Kinderarzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Augenarzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Augenklinik:</p>	<p><input type="checkbox"/> Logopädie:</p> <p><input type="checkbox"/> Psychomotorik:</p> <p><input type="checkbox"/> Ergotherapie:</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Therapien:</p>
<p>Beruhet die Behinderung des Hilfesuchenden auf einen/m</p>	<p><input type="checkbox"/> Unfall ?                      <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein; durch wen</p> <p><input type="checkbox"/> Impfschaden ?            <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein; durch wen</p> <p><input type="checkbox"/> Geburtsschaden ?   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff?            <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Falls eine der Antworten mit ja beantwortet worden ist, bestehen Ansprüche gegen die schädigende Person?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gegen wen ?</p>

## **X. Gesetzliche Grundlagen**

### **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil – vom 11.12.1975 (BGBl. I S. 3015)**

Dritter Teil: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

#### **§ 60 SGB I Angabe von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

#### **§ 66 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

#### **Auszug aus dem Strafgesetzbuch:**

##### **§ 263 Betrug**

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe belegt.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonderen schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**



(4) § 243 Abs. 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.

(5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).

**XI. Allgemeine Hinweise**

**Die zur Zahlbarmachung der Sozialhilfe erforderlichen persönlichen Daten werden unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze erfasst, gespeichert und bearbeitet.  
Anlage 1**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B auf Wohngeld, Grundsicherung, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

<b>Unterschrift</b>		
Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit!		
Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werde ich/werden wir die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem		
Landkreis Holzminden, Bereich Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Postfach 1353, 37593 Holzminden,		
mitteilen.		
Das gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.		
<input type="checkbox"/> Ich bestätige/wir bestätigen, dass ich/wir die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe <b>Anlage 1</b>		
<input type="checkbox"/> Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein(weiteres) Informationsgespräch gebeten.		
<b>Datum:</b>	<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Unterschrift</b>

## **Anlage 1 Datenschutzerklärung**

### **Einwilligungs-Erklärung Hinweise zum Datenschutz,**

Vorname, Name:

Darum geht es in diesem Schreiben:

- Welche Daten der Landkreis Holzminden von Ihnen braucht.
- Warum Ihre Einwilligung wichtig ist.

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs-Hilfe gestellt. Diesen haben Sie beim Eingliederungs-Hilfe-Träger gestellt. Der heißt abgekürzt: EGH-Träger. Er schaut alle Lebens-Bereiche an. Er prüft Ihren Bedarf an Unterstützung. Dazu sagt man: Bedarfs-Ermittlung.

Dafür füllt der EGH-Träger einen Bogen aus. Dafür braucht der EGH-Träger Daten von Ihnen.

Hinweis: Mit WIR ist der EGH-Träger gemeint.

Wir müssen uns an die Gesetze zum Datenschutz halten.

#### **So bekommen wir Ihre Daten:**

Wir führen mit Ihnen ein Gespräch. Und es gibt ein Formular, das wir ausfüllen. Das Formular heißt Bedarfs-Ermittlung Niedersachsen. Das heißt abgekürzt: B.E.Ni. Beim Ausfüllen sind Sie dabei. Wir brauchen Daten von Ihnen.

Zum Beispiel:

→ Alter und Geschlecht.

→ Wohnsituation, das heißt zum Beispiel: Leben Sie allein. Leben Kinder bei Ihnen.

→ Lebens-Bereiche: Wo Sie Unterstützung brauchen. Und welche Ziele und Wünsche Sie haben. Wo oder wie Sie wohnen wollen.

→ Welche Leistungen soll es geben? Wie oft? Und wie lange? Wollen Sie die Leistungen selber organisieren, zum Beispiel im Persönlichen Budget?

#### **Das machen wir mit Ihren Daten:**

Die Daten speichern wir im Computer. Wir legen sie in der Akte ab.

Wir speichern Ihre Daten ab dem Tag: der Antragstellung:

Wir löschen Ihre Daten 10 Jahre nachdem Sie keine Leistungen mehr bekommen.

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**



**Wir leiten Ihre Daten vielleicht weiter an:**

Einen Dienst oder eine Einrichtung. Wenn diese die Leistungen erbringen.

Andere Ämter, wenn diese zuständig sind. Oder wenn diese Leistungen erbringen. Oder Sie andere Leistungen brauchen.

Wir fragen erst, ob Sie das wollen. Ob die Ämter miteinander reden dürfen. Dafür brauchen wir Ihre Zustimmung. Dafür können Sie Ihre Unterschrift geben.

Sie können die Einwilligung immer zurück nehmen. Das heißt dann widerrufen. Dann können Sie uns das in einem Widerruf mitteilen.

Wir löschen Ihre Daten dann. Die Behörde kann Ihren Antrag dann vielleicht nicht bearbeiten.

**Bitte wenden Sie sich bei einem Widerruf an:**

*Landkreis Holzminden, Bürgermeister-Schrader-Straße 24, 37603 Holzminden*

**Sie haben noch weitere Rechte:**

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten.

Sie haben vielleicht das Recht auf Löschung Ihrer Daten.

Sie haben vielleicht das Recht die Verarbeitung Ihrer Daten einschränken zu lassen.

Bitte füllen Sie nun die Einwilligungs-Erklärung vollständig aus.

Vielen Dank!

---

## **Einwilligungs-Erklärung**

Vorname, Name:

Datum :

- Der Landkreis Holzminden darf ihre Zuständigkeit prüfen. Sie darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten.
- Mit der Weitergabe meiner personen-bezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Die Behörde darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans weitergeben. Dies nur an Einrichtungen oder Dienste, die die Leistung erbringen werden.

Ich bin über die Nutzung von meinen Daten informiert. Ich bin damit einverstanden.

---

Datum, Unterschrift



## Erklärung für

Nachname des Kindes	Vorname	Geb.-Datum
Straße		PLZ, Wohnort

### Hinweise zur Mitwirkungspflicht und bei der Erstellung des Gesamtplanes/der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Bearbeitung zu gewährleisten, ist der Landkreis Holzminden als Träger der Sozialhilfe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) die **Mitwirkungspflicht** der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte) zuzustimmen.

Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der **Datenerhebung** finden sich in den §§ 69 SGB IX i.V.m. 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).

Angaben, die der Eingliederungshilfeträger von einer Ärztin / einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 – 3. Möglichkeit i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Im Rahmen des Kostenanerkennnisses werden Ihre Daten über sämtliche Leistungsansprüche der Eingliederungshilfe an die Leistungserbringer weiter geleitet

Sie können dieser Weitergabe widersprechen.  Ich widerspreche dieser Übermittlung.

### **Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung zur Datenverarbeitung**

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass der Landkreis Holzminden die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Befundscheine, Untersuchungsbefunde) von den umseitig genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – in dem Umfang bezieht, wie diese für die Aufgaben als Eingliederungshilfeträger für Menschen mit körperlichen/geistigen und seelischen Behinderungen erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Befundbericht und gegebenenfalls zukünftige Folgeberichte dem Landkreis Holzminden an die umseitig gekennzeichneten Stellen zur Kenntnis oder weiteren Veranlassung gesandt werden. Im Falle teilstationärer / stationärer Maßnahmen bezieht sich diese Einwilligung auch auf weitere, dem Eingliederungshilfeträger vorliegende, für diese Maßnahme relevante Befunde und Berichte (z. B. einer zu erstellenden „Sozialmedizinischen Stellungnahme“).

Ich entbinde die unten gekennzeichneten Stellen auch von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Landkreis Holzminden im Rahmen des Verfahrens der Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich 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 auch im Falle eines Antrags auf Eingliederungshilfe für das eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenso auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

- Kostenträger:  Krankenkasse / MDKN:  
 örtliches Sozialamt/  
Landessozialamt
- Arzt / Ärztin:  Kinder- oder Hausarzt / -ärztin:  
 andere(r) Facharzt / -ärztin:  
 Klinik:  
 SPZ / Früherkennungsteam:  
 Kinder- u. jugendärztlicher Dienst

Therapiepraxis : Sprachtherapie (oder andere)

Frühförderung:

Einrichtungen: Kindergarten:

Integr.-Kindergarten / Krippe

Heilpädagogischer Kindergarten

Sprachheilkindergarten:

Sprachheilzentrum:

Sprachheilschule:

andere Schule:

LBZ für Hörgeschädigte /  
Mobiler Dienst

Heilpädagogische Einrichtung

Sonstige:

Erziehungsberechtigte:  Eltern  Pflegeeltern

Jugendamt:

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):**

Insoweit entbinde ich die oben genannten Stellen gegenüber dem Landkreis Holzminden als Träger der Sozialhilfe von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich stimme der Verarbeitung der erhobenen Daten und deren Nutzung bis zum endgültigen Abschluss der geplanten Therapie- und Fördermaßnahmen zu.

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige oder volljährige Personen  
bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX**



*Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:*

Antragsteller/in

_____	_____
Datum	Unterschrift

Gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in:

Gesetzliche/r Vertreter/in  Betreuer/in

Nachname:	Vorname
Straße	PLZ, Wohnort