

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
 Soziale Sicherung – Sachgebiet Wirtschaftliche Eingliederungshilfe
 Wilhelm-Seipp-Straße 4
 64521 Groß-Gerau



Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Antrag Autismus-Therapie - § 35 a SGB VIII und § 113 bzw. 112 SGB IX

Sie stellen einen Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe beim Kreis Groß-Gerau. Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können, benötigen wir zum beiliegenden Antrag die aufgeführten Unterlagen von Ihnen.

- fachärztliche Unterlagen z. B. Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- bei nichtdeutscher / nicht EU Staatsangehörigkeit, Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel
- Diagnose mit ADOS-Testung von einem unabhängigen Institut, Ausnahme: Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret und Klinikum Höchst
- Bericht des Autismus-Instituts

1. Für wen wird die Hilfe beantragt?

Name Vorname	Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Anschrift	PLZ	Wohnort	Straße	Hausnummer
Zuzug in den Kreis	Zugezogen in den Kreis Groß-Gerau am		von Ort / Land	
Leistungen/Anträge am früheren Wohnort	Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt/erhalten?			
	<input type="checkbox"/> Ja, von _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staats- angehörigkeit	Geburtsdatum		Geburtsland	
	Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Krankenkasse	Krankenversicherung		Krankenversicherungsnummer	

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

2. Angaben der Eltern / Personensorgeberechtigten				
Name Vorname der Eltern	Mutter		Vater	
	Name	Vorname	Name	Vorname
Gleiche Adresse wie unter 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte eintragen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte eintragen	
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsdatum	Geburtsort
	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Kontakt	Telefon	Mail	Telefon	Mail
sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein*
*Name/Vorname und Anschrift des Personensorgeberechtigten falls abweichend				
Beschluss vom:				

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

3. Weitere Angaben zur Antrag stellenden Person

Bestehen wegen der Behinderung Schadenersatzansprüche (z.B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalls oder Impfschadens eingetreten ist)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Bestehen Beihilfeansprüche gemäß den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/> ja, als Familienangehörige*r <input type="checkbox"/> ja, als Waise <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Die zuständige Beihilfestelle ist:
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Es bestehen keine weiteren Ansprüche

Liegt ein Behindertenausweis vor? ja, GbB von _____ %

Welche Merkmale sind eingetragen? G aG H BL GL
 B RF VB G T EB

nein

Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt ja nein

Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

ja, Grad: _____

nein

Ein Pflegegrad ist beantragt ja nein

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?

ja, bei: _____

nein

4. Wer hat den Antrag auf Eingliederungshilfe angeregt?

Eltern / Personensorgeberechtigte Schule / Kindertageseinrichtung Jugendamt

Frühförderstelle Arzt / Klinik / Gesundheitsamt Andere

5. Beeinträchtigung

Bitte geben Sie an, welche Beeinträchtigung aus Ihrer Sicht den Hilfebedarf begründet

körperliche Beeinträchtigung geistige Beeinträchtigung seelische / psychische Beeinträchtigung

ggf. Erläuterung:

6. Antragsbegründung (evtl. Rückseite nutzen)

Bitte beschreiben Sie die aktuelle Situation und welche Ziele mit der beantragten Hilfe erreicht werden sollen.

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

7. Angaben zum Leistungsanbieter der Maßnahme (Die Trägerauswahl erfolgt durch die antragstellende Person oder die Personensorgeberechtigten)		
Die Eingliederungsleistungen sollen durch folgende Organisation bzw. Person durchgeführt werden:		
Anschrift (Ort, Straße, Hausnummer)		
Telefon	Telefax	E-Mail

Erklärung der Antrag stellenden Person oder gesetzliche Vertretung falls diese*r Antragsteller*in ist:
 Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder gar teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Jugend-/Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Eingliederungshilfeleistung erforderlich ist.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familienverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit dem SGB I und SGB X habe ich zur Kenntnis genommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenvereinbarung gespeichert werden.

Ort, Datum
Unterschrift Antrag stellende Person oder Unterschrift beider Eltern / der Personensorgeberechtigten
Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht Ich bevollmächtige die Mutter/den Vater des Kindes einen Antrag zur Erbringung einer Hilfeleistung beim zuständigen Fachbereich Jugend und Familie bzw. Soziale Sicherung zu stellen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird.
Ort, Datum
Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Kreis Groß-Gerau – Der Kreisausschuss

Fachbereich Soziale Sicherung

Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe

Einwilligung

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass der Kreis Groß-Gerau, vertreten durch den Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau, Auskünfte bei den angegebenen behandelnden Ärzten, Kliniken, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft), Leistungserbringern und Schulen einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) zur Einsicht bezieht, sofern dies für die Bearbeitung meines/unseres des Antrages erforderlich ist.

Ich/Wir genehmige(n) die Verwertung dieser Unterlagen im Bearbeitungsverfahren und entbinde(n) die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht. Ich/wir gestatte(n) die Verwertung der Unterlagen im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz.

Die Verwertung erfasst auch die notwendige Weitergabe von Daten an den Leistungserbringer, falls dies für die Umsetzung der Leistung nötig ist (gilt für die vom Antragsteller ausgewählte Träger, diese erhalten persönlichen Angaben, um ggf. mit Ihnen Kontakt für die Leistungserbringung aufnehmen zu können).

Ort, Datum
Unterschrift Antrag stellende Person oder Unterschrift beider Eltern / der Personensorgeberechtigten

Hinweis

Die verlangten Angaben sind erforderlich, damit der Kreis Groß-Gerau – Fachbereich Soziale Sicherung – Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX feststellen kann.

Antragstellende Personen sind gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben sind von der antragstellenden Person bzw. von den Personensorgeberechtigten mitzuteilen und eine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte abzugeben. Die Übernahme der Kosten kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Antragstellende ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Beteiligung der Fachbereiche

Die vom Leistungserbringer (Soziale Sicherung / Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe) eingeschalteten Querschnittsämter (u.a. Gesundheit und Verbraucherschutz, Jugend und Familie) geben gegenüber den Sachgebieten wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe eine fundierte Stellungnahme ab, damit eine Entscheidung über die beantragten Hilfen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX getroffen werden kann.

Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz wird mit einer Stellungnahme beauftragt, wenn weitere medizinische Fragestellungen bestehen. Im Fachbereich Jugend und Familie wird der Fachdienst Kindertagesbetreuung um eine Stellungnahme gebeten, wenn es sich um eine Integrationsmaßnahme in Krippen, Kindertagesstätten und Hort handelt. Hier prüft der Fachdienst, ob die Voraussetzungen in personeller, räumlicher und fachlicher Sicht erfüllt sind. Andere Sachgebiete werden um fachliche Stellungnahme gebeten, wenn weitere pädagogische Fragestellungen bestehen.

Merkblatt für die fachärztliche Stellungnahme - Bitte zum Termin in die Praxis mitnehmen

An die Eltern / Sorgeberechtigten

Bitte nehmen Sie dieses Merkblatt zum Termin bei ihrem Facharzt/ ihrer Fachärztin mit, damit das Antragsverfahren gemäß § 35 a SGB VIII oder § 75 i. V. m. § 112 SGB IX reibungslos ablaufen kann.

Bei körperlicher/geistiger oder mehrfacher Beeinträchtigung des Kindes ist eine Stellungnahme

- Ihres Facharztes (z. B. Kinderarzt) ausreichend

Bei seelischer/psychischer Beeinträchtigung ist eine Stellungnahme in einer Praxis

- für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder
- für Kinder- und Jugendpsychotherapie oder
- eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, z.B. von Vitos, einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einem Kinderneurologischen Zentrum.

An die Ärzte und Ärztinnen

In der fachärztlichen Stellungnahme müssen folgende Punkte enthalten sein:

- Diagnose nach ICD-10 - Bitte die ICD 10-Nummern genau erläutern.
- Ebenfalls bitten wir Sie, evtl. vorliegende Verhaltensauffälligkeiten genau zu erläutern. Es ist nicht ausreichend, z.B. nur „emotionale Störungen“ aufzuführen.
- Auskunft darüber, ob die seelische, geistige oder körperliche Gesundheit des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Hinweis Autismus-Therapie

Diagnosen, die von den Personen oder Institutionen erstellt wurden, die später die Leistungen erbringen sollen (z.B. Therapieinstituten) werden für die Antragstellung nicht anerkannt. Die fachliche Diagnose muss von einem Institut unabhängigen Dritten gestellt werden. Ausnahmen bilden die Autismus Ambulanzen der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret und dem Klinikum Höchst. Die Diagnosen der genannten Kliniken werden anerkannt, auch wenn in den ihnen angeschlossenen Ambulanzen die Autismus-Therapie erbracht wird. Dieses Verfahren gilt auch bei weiteren Krankenhäusern und Kliniken, mit denen der örtliche Jugend-Eingliederungshilfe-Träger Vereinbarungen abgeschlossen hat.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.