

zu senden an:
 Kreis Stormarn
 Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe
 23840 Bad Oldesloe

**Antrag auf Kostenübernahme nach §§ 53 ff SGB XII
 für die Betreuung in einer Kindertagesstätte**

Hiermit beantrage ich für meine/n Tochter/Sohn _____
 die Kostenübernahme für die Betreuung in der Kindertagesstätte

_____ Name der Kindertagesstätte

_____ Anschrift

Geplante Maßnahme: Einzelintegration Integrationsgruppe

Geplanter Beginn: _____ Verlängerung
 über den _____ hinaus

Angaben zum Kind:

Name:	
Anschrift:	
Geburtsdatum und -ort:	
Staatsangehörigkeit ?	
asylberechtigt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
aufhältlich bei den Eltern ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei nein: aufhältlich wo, bei wem, seit wann ? <input type="checkbox"/> Pflegeeltern ? <input type="checkbox"/> _____ _____ Name _____ Anschrift seit: _____ Aufenthaltsort vor Aufnahme in die Pflegefamilie: _____
Pflegegrad ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Pflegegrad _____
Geschwister ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Name, Alter Geschwister: _____

Angaben zu den Eltern:

	Mutter:	Vater:
Name:		
Geburtsdatum		
Anschrift:		
Telefonnummer/n:		

Mein/Unser Kind erhält z. Zt. folgende ergänzende Maßnahmen:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Sprachförderung in der Kindertagesstätte
- Teilnahme an einer Musikgruppe
- Teilnahme im Turn-/Sportverein
- Schwimmen
- Leistungen des Jugendamtes
- Sonstige: _____

Bei meinem/unserem Kind liegen folgende ärztliche Diagnosen vor:

- _____ vom _____ (Datum)
- _____ vom _____ (Datum)
- _____ vom _____ (Datum)
- _____ vom _____ (Datum)
- _____ vom _____ (Datum)

Bei meinem/unserem Kind wurden folgende fachärztliche Untersuchungen gemacht:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Kinderzentrum Pelzerhaken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Sozialpädiatrisches Zentrum, Lübeck (UKSH) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Werner Otto Institut, Hamburg | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Sozialpädiatrie Hamburg-Ost (ehem. Institut Kneisner) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Zentrum für Kindesentwicklung (Institut Flehmig) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Orthopädie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - HNO-Arzt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Augenarzt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Kontrollen im Krankenhaus | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Meine/Unsere Wünsche und Erwartungen an die beantragte Maßnahme:

(freiwillige Angabe)

Einverständniserklärung **(Entbindung von der Schweigepflicht)**

- Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Stormarn, Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe, von den Ärzten und sonstigen Stellen, die ich im Leistungsantrag für mein Kind _____ angegeben
(Name, Vorname)
habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen sowie Berichte, die für die Entscheidung über meinen Antrag notwendig sind, anfordert. In-
soweit entbinde ich die vom Kreis Stormarn, Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe, ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.
- Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die von uns eingereichten oder vom Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe angeforderten Unterlagen und Berichte zur Feststellung einer Behinderung und Einschätzung eines etwaigen Förderbedarfes an den Fachdienst Gesundheit weitergeleitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Fachdienst Gesundheit Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe oder Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen dem Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe übermittelt.
Insofern entbinde ich dem Fachdienst Gesundheit gegenüber dem Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe von der Schweigepflicht.

Mir/uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindungen freiwillig erfolgen und jederzeit von mir/uns widerrufen werden können. Der Widerruf ist an den Kreis Stormarn, FD Soziale Hilfen und Teilhabe, 23840 Bad Oldesloe zu richten.

Mit den erteilten Schweigepflichtsentbindungen tragen Sie zu einer optimalen Ermittlung und Abstimmung des notwendigen Unterstützungsbedarfes für Ihr Kind zwischen den beteiligten Stellen bei. Desweiteren können durch direkte Nachfragen bei den beteiligten Stellen Bearbeitungszeiten verkürzt werden.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bestehen Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten gegenüber der betroffenen Person.
Aus diesem Grunde gebe ich Ihnen folgende Information zu Ihrer Kenntnis:

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Kreis Stormarn - Der Landrat – Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe
Tel. 04531/1600
Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe

Datenschutzbeauftragte:

Karin de Lange
gemeinsame behördliche Datenschutzbeauftragte der ITV-Trägerkommunen
Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe
Tel. 04531/160-1583
e-mail: datenschutzbeauftragte@kreis-stormarn.de

Zwecke der Verarbeitung:

Prüfung des Leistungsantrages auf Gewährung von Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Art. 6 Abs. 1 e DSGVO
§§ 67 ff SGB X i. V. m. § 35 SGB I, § 12 SGB I, §§ 18 – 29 SGB I

Empfänger der bezogenen Daten:

Zu dem oben genannten Zweck werden, falls erforderlich, Daten an den Fachdienst Gesundheit des Kreises Stormarn oder an den Fachdienst Soziale Dienste weitergegeben
Es werden nur die Daten weitergegeben, die zum Erreichung des Zwecks erforderlich sind.

Herkunft der Daten, sofern die Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben wurden:

Daten/Informationen werden, falls erforderlich, von folgenden Stellen/Einrichtungen bezogen:

- Fachdienst Gesundheit des Kreises Stormarn
- Ärzte, Einrichtungen, Kliniken lt. Antrag

Art der verarbeiteten Daten und Löschfristen:

Verarbeitet werden alle im Zusammenhang des Antrags erlangten Daten.
Die Daten werden so lange gespeichert bzw. aufbewahrt, wie Sie bzw. Ihr Kind Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten/erhält und der Antrag vollständig abgewickelt wurde. Danach werden die Daten noch 5 Jahre aufbewahrt und anschließend gelöscht. Dies beinhaltet die Löschung aller elektronisch gespeicherten Daten und die Vernichtung aller in Papierform vorliegenden Dokumente.

Betroffenenrechte:

Auskunft:

Betroffene haben nach Art. 15 DSGVO das Recht, vom Verarbeiter Auskunft über die bei ihm gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten.

Berichtigung:

Sollten Betroffene feststellen, dass die über sie gespeicherten personenbezogenen Daten falsch sind, müssen diese nach Art. 16 DSGVO berichtigt werden.

Löschung:

Betroffene haben nach Art. 17 DSGVO das Recht, die Löschung ihrer Daten zu verlangen. Eine Löschung ist allerdings nur dann zulässig, wenn dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Einschränkung der Verarbeitung:

In bestimmten Fällen (z. B. wenn sich Betroffene und Datenverarbeiter nicht einig sind, ob die gespeicherten Daten richtig sind) haben Sie nach Art. 18 DSGVO ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung.

Widerspruch:

Sie können gem. Art. 21 DSGVO der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können möglicherweise Leistungen nicht erbracht werden.

Datenübertragbarkeit:

Das Recht auf Datenübertragbarkeit beinhaltet die Möglichkeit für den Betroffenen, die ihn angehenden personenbezogenen Daten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format vom Verantwortlichen zu erhalten, um sie ggf. an einen anderen Verantwortlichen weiterleiten zu lassen. Gem. Art. 20 Abs. 3 Satz 2 DSGVO steht dieses Recht aber dann nicht zur Verfügung, wenn die Datenverarbeitung der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben dient.

Wenn Sie von Ihren Betroffenenrechten Gebrauch machen möchten, wenden Sie sich bitte an Ihre/n zuständige/n Sachbearbeiter/in im Fachdienst Soziale Hilfe und Teilhabe.

Beschwerderechte:

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzrecht verstößt, können Sie sich gem. Art. 38 Abs. 3 DSGVO an die gemeinsame behördliche Datenschutzbeauftragte der Trägerkommunen des IT-Verbundes Stormarn (Kontaktdaten s. oben) oder nach Art. 77 Abs. 1 DSGVO an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

Die für den Kreis Stormarn zuständige Aufsichtsbehörde ist:

ULD – Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Postfach 71 16
24171 Kiel
Tel. 0431/988-1200
Fax: 0431/988-1223
e-mail: mail@datenschutzzentrum.de
Webseite: www.datenschutzzentrum.de

Antragsunterschrift/en:

Ort, Datum

Unterschrift/en Sorgeberechtigte

Dem Antrag sind aktuelle Arzt- und Therapieberichte sowie Diagnostikberichte Sozialpädiatrischer Zentren beizufügen.