

Folgeantrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz in Schulen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Teil 2

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
 Fachdienst 50 / Soziale Leistungen
 Friedrichstraße 36
 35037 Marburg

Folgeantrag Eltern /gesetzliche Vertretung

Angaben zum Schulbesuch	
Name der Schule	
Schuljahr und Klasse	
zeitlicher Umfang der Assistenz	_____ Stunden _____ Minuten
Anbieter der Teilhabeassistenz	

Persönliche Angaben									
	Antragstellende Person (Kind)			Elternteil/ gesetzl. Vertretung			Elternteil/ gesetzl. Vertretung		
	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d
Vorname									
Nachname									
Geburtsdatum									
sorgeberechtigt				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Familienstand									
Steuerliche Identifikations-Nr. (der antragstellenden Person)									(11-stellig)
	Die elfstellige steuerliche Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird.								
Straße, Hausnr.									
PLZ, Ort									
zugezogen – von / wann?									
Telefonnummer									
E-Mail-Adresse									
Staatsangehörigkeit	Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:			Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:			Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:		

Gab es Veränderungen in den weiteren personenbezogenen Daten – bspw. Pflegegrad, Behinderungsgrad, medizinische Notwendigkeiten?

nein

ja - **Sofern es seit dem vorhergehenden Antrag Änderungen gegeben hat, geben Sie diese bitte im Folgenden an und erläutern Sie, falls sich daraus ein veränderter Bedarf ergibt. (aktuelle Bescheide/Berichte beifügen):**

GdB/Merkzeichen:

Pflegegrad:

Therapien/Fördermaßnahmen (z. B. Logopädie, Ergo-, Physiotherapie, andere Fördermaßnahmen):

medizinische Diagnosen:

Sonstiges:

Sollte bisher keine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer möglichen Entwicklungsverzögerung erfolgt sein, ist eine solche nachzuholen.

Weitere benötigte Unterlagen:

- Aktuelle Arztbriefe oder Berichte (Bsp.: regelmäßig stattfindende heilpädagogischer Förderungen: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) aus dem vergangenen Bewilligungszeitraum.
- Zustimmung zum Gesamtplanverfahren (Anlage II)
- Sofern weitere/neue Ärzt*innen, Therapeut*innen oder weitere Kontaktpersonen (Krankenkasse, Jugendamt usw.) involviert wurden, aktualisieren Sie bitte die Schweigepflichtentbindung

Hinweise und Schlusserklärungen

Aushändigung des Merkblatts

Das Merkblatt über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I wurde mir ausgehändigt und ich habe es zur Kenntnis genommen. Ja Nein

Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Datenstelle der Rentenversicherung als Vermittlungsstelle (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII) übermittelt.

Das notwendige Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht füge ich diesem Antrag bei, sofern ich noch keine Schweigepflicht erteilt habe oder diese zeitlich begrenzt wurde.

Erklärung des/der Antragsteller*in, der gesetzlichen Vertretung / der Sorgeberechtigten

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderung, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Maßnahme etc. – unverzüglich und unaufgefordert schriftlich dem Fachbereich 4 Soziales und Wohnen, Fachdienst Soziale Leistungen des Magistrat der Universitätsstadt Marburg mitzuteilen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/Sorgeberechtigte

Anlage I - Merkblatt über die Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung nach dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) - Allgemeiner Teil -

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
Fachdienst 50 / Soziale Leistungen
Friedrichstraße 36
35037 Marburg

§ 60 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 diejenigen, 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 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 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.

Anlage II

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
 Fachdienst 50 / Soziale Leistungen
 Friedrichstraße 36
 35037 Marburg

Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend: das Kind / den /die Jugendliche/n **mich selbst**

 Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname _____

Anschrift: _____

Ich bin / Wir sind	Ich bin
<input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> gemeinsam sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger/Vormund	<input type="checkbox"/> selbst Antragsteller*in (z.B. Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche)

Hiermit entbinde(n) ich/wir die fallzuständigen Mitarbeiter*innen des Fachdienstes Soziales und Widerspruchsstelle (Fachbereich Familie, Jugend und Soziales) sowie die fallzuständigen Ärzt*innen des Fachdienstes Prävention und Beratung (Fachbereich Gesundheitsamt) sowie ggf. die entsprechenden Vertretungen im Fall von Abwesenheit (z.B. Urlaub, Krankheit etc.) gegenüber

	Institution / Einrichtung	Name, Adresse
<input type="checkbox"/>	Frühförderung	
<input type="checkbox"/>	Kindertagesstätte	
<input type="checkbox"/>	Schule (Lehrkraft)	
<input type="checkbox"/>	Beratungs- und Förderzentrum (BFZ) regionales BFZ / überregionales BFZ	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt (Allg. Sozialer Dienst - ASD)	
<input type="checkbox"/>	Therapeutische Praxen (z. B. Logo-, Ergo-, Physio-, Psychotherapie)	
<input type="checkbox"/>	Träger Assistenzleistung (Teilhabeassistenz - THA)	
<input type="checkbox"/>	Träger Wohnformen über Tag und Nacht	
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie / oder Kinder- und Jugendpsychiater*innen	
<input type="checkbox"/>	Kliniken / Spezial Ambulanzen Spezialpädiatrische Zentren (SPZ)	
<input type="checkbox"/>	Haus-, Kinder- und Fachärzt*innen	
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse / KV-Nr.	

wechselseitig im Verhältnis zueinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis _____ und dient folgendem Zweck:

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit gegenüber dem Empfänger dieser Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten, gesetzliche Vertreter*innen/Vormünder, Volljährige (ab 18 Jahre) oder Jugendliche (ab 16 Jahre)

1. Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Datum, Unterschrift: 1. _____ 2. _____

Anlage III

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
Fachdienst 50 / Soziale Leistungen
Friedrichstraße 36
35037 Marburg

Zustimmung zum Gesamtplanverfahren

zum Antrag von

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

vom (Datum)

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), §§ 112 i.V.m. 75 SGB IX (Teilhabeassistenz), bin ich zur Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe mit der Durchführung von Gesamtplanverfahren nach § 117 SGB IX einverstanden.

(zutreffendes bitte ankreuzen): ja nein

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass im Rahmen des Gesamtplanverfahrens Gesamtpfankonferenzen nach § 117 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX durchgeführt werden können.

(zutreffendes bitte ankreuzen): ja nein

Wir weisen darauf hin, dass gem. § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Ihr Antrag ganz oder teilweise abgelehnt werden kann, sofern durch die fehlende Mitwirkung die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Sie haben zudem – wie im gesamten Verfahren – jederzeit die Möglichkeit, Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) zu konsultieren. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.teilhabeberatung.de.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/Sorgeberechtigte
