

# Antrag auf Eingliederungshilfe



## Auskunftsbogen (über Ihr Kind)

### 1. Basisdaten

Name, Vorname:

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Geburtsdatum-/Ort:

Staatsangehörigkeit:

Aktuelle Anschrift:

Ich/Wir erhalten für unser Kind bereits Leistungen der Eingliederungshilfe:

Nein  Ja, durch

#### Angaben zur Mutter:

- Leiblicher Elternteil
- Adoptiv-/Pflegeelternteil
- verstorben am:

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail:

#### Angaben zum Vater:

- Leiblicher Elternteil
- Adoptiv-/Pflegeelternteil
- verstorben am:

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail:

Die Eltern sind:  ledig  verheiratet  getrennt  geschieden

Aktuelle Wohnsituation:

- im Familienverband
- in einer Pflegefamilie
- in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung
- Sonstiges:

Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft:

- Kindesmutter
- Kindesvater
- beide Elternteile
- Vormundschaft/Pflegschaft

Name und Anschrift des Inhabers der elterlichen Sorge/Personensorge

s.o.  abweichend:

### Finanzielle Situation:

Werden Sozialhilfeleistungen bezogen?  ja  nein

Wenn ja, um welchen Bezug handelt es sich (z.B. Bürgergeld, Wohngeld, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Grundsicherung, Kinderzuschlag etc.)?

Beziehen Sie Unterhalt oder Unterhaltsvorschuss?  ja  nein  
Wenn ja, um was handelt es sich?

Liegt Vermögen (z.B. eine Lebensversicherung) vor?  ja  nein  
Wenn ja, um was handelt es sich?

Liegen Schulden vor?  ja  nein

### Geschwister:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

## **2. Vorschulische Situation**

Krippe: von – bis, Name, Anschrift, Tel., Mail

KIGA: von – bis, Name, Anschrift, Tel., Mail

Tagesmutter: von – bis, Name, Anschrift, Tel., Mail

## **3. Schwerbehindertenausweis**

Liegt ein Schwerbehindertenausweis für Ihr Kind vor:  ja  nein

Wenn ja, welches Merkzeichen?

G  aG  H  B  TBI  
 B  Gl  RF  BI  vB

### **3.1. Pflegegrad nach dem SGB IX (Soziale Pflegeversicherung)**

Liegt ein Pflegegrad vor:  ja  nein  
Welche Einstufung ist erfolgt  1  2  3  4  5

### **3.2. Krankenversicherung**

Name, Anschrift, Telefon, Fax, Mitgliedsnummer

Bitte kreuzen sie die Versicherungsart an:

- freiwillige Versicherung
- Privatversicherung
- Pflichtversicherung
- beihilfeberechtigt
- Familienversicherung

### **4. Selbsthilfe und andere Leistungen**

Welche anderen Leistungen wurden bereits in Anspruch genommen?  
(z.B. Logopädie; Ergotherapie; sonstige Leistungen, z.B. Vereine, Freizeit, Hobby, Gruppen)

Durch welche kinderärztliche Praxis wird Ihr Kind betreut?  
(Kinderarzt, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinder- und Jugendpsychiatrischer Diagnostik)

Name, Anschrift:

- Berichte sind beigefügt  Berichte werden nachgereicht

### **5. Selbsteinschätzung**

Wobei benötigen wir/unsere Kind Unterstützung?

Welche Hilfe brauchen wir/unsere Kind?

Wer kann uns/unsere Kind helfen?

Was soll sich mit der Hilfe in unserem Leben/des unseres Kindes verändern?

Was für Vorstellungen habe ich davon, wie ich die Hilfe begleiten/unterstützen kann?

Sind sie als Eltern bereit, an Elterngesprächen in Bezug auf die Eingliederungshilfe für Kind, teilzunehmen?

Ja  Nein

Womit beschäftigt sich ihr Kind sehr gern?

### **5.1. Fragen zu Stärken und Schwächen**

Im Nachfolgenden sind einige Verhaltensweisen und Gewohnheiten aufgeführt, die man bei vielen Kindern beobachten kann. Ich bitte Sie, unter Berücksichtigung des Alters ihres Kindes, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Nicht jede Frage ist aufgrund der Altersspanne (0-6) zutreffend!

Bei meinem Sohn/meiner Tochter kann ich/können wir im Alltag folgendes beobachten:

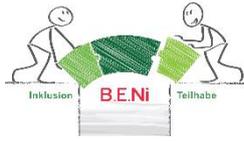
- Ist glücklich und zufrieden
- Ist rücksichtsvoll
- Ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen
- Teilt gerne mit anderen Kindern
- Hat Wutanfälle, ist aufbrausend
- Ist leicht ablenkbar, unkonzentriert
- Spielt gerne mit andern Kindern
- Ist ein Einzelgänger, meidet den Kontakt zu anderen Kindern/spielt alleine
- Ist Hilfsbereit, lieb zu jüngeren Kindern
- Ist stetig in Konflikte verwickelt
- Hilft gerne anderen (Geschwistern, Erzieher\*innen, etc.)
- Denkt nach, bevor er/sie handelt
- Sucht eher den Kontakt zu Erwachsenen
- Kann sich alleine anziehen
- Versteht Arbeitsaufträge und kann diese umsetzen (z.B. Tischdecken, etc)
- Kann seine / ihre Bedürfnisse äußern
- Kann noch nicht alle Wörter
- Ist ängstlich, fürchtet sich leicht, hat ein geringes Selbstbewusstsein
- Hat körperliche Einschränkungen/Auffälligkeiten, bitte auflühren:
  
- Hat kognitive Einschränkungen/ Auffälligkeiten, z.B. beim Erkennen von Zahlen/Farben, Ausführen von Aufgaben, bitte auflühren:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



## **Merkblatt** **Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff** **Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)** **F1**

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Stadt Hildesheim  
Fachbereich 50 Soziales und Senioren  
Hannoversche Straße 6  
31134 Hildesheim  
Tel. 0049 5121 301-0  
E-Mail: [soziales@stadt-hildesheim.de](mailto:soziales@stadt-hildesheim.de)

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff SGB IX i.V.m. §§ 67 ff SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist. Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den\*die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter

[datenschutz@stadt-hildesheim.de](mailto:datenschutz@stadt-hildesheim.de)

bzw. postalisch unter

Stadt Hildesheim  
Datenschutzbeauftragter  
Markt 2  
31134 Hildesheim

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen. Beschwerden richten Sie bitte an die/den Landesbeauftragte(n) für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de).