Az.:       /

Eingliederungshilfe nach §§ 90, 99 SGB für

|  |
| --- |
| [ ]  für isolierte heilpädagogische LeistungenBitte beantragte Hilfe ankreuzen[ ]  für den Besuch einer integrativen Kindertagesstätte[ ]  für den Besuch einer heilpädagogischen Tagesstätte[ ]  Schulgeld für den Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung (SVE) |

 (Bitte vollständig ausfüllen. Sollten aussagekräftige und aktuelle ärztliche Unterlagen bereits vorhanden sein,

bitten wir, diese vorzulegen. Die ärztliche Bescheinigung auf diesem Formblatt ist dann nicht erforderlich.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Name und Vorname des Kindes |  | Geburtsdatum |
|       |
| wohnhaft in |

 voraussichtliche Betreuungsdauer:       Monate)

 voraussichtlicher Beginn der Betreuung:       (Datum)

medizinische Diagnose/Befund des Arztes unter Angabe von Schädigungen (Art und Schwere der Behinderung) und Fähigkeitsstörungen sowie deren Auswirkungen

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Wesentliche Behinderung/Beeinträchtigung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führt, |  |
|  | droht | liegt vor |
| in körperlicher Hinsicht | [ ]  | [ ]  |
| in geistiger Hinsicht | [ ]  | [ ]  |
| in seelischer Hinsicht | [ ]  | [ ]  |
| Behinderung / Beeinträchtigung ist nicht nur vorübergehend |  [ ]  |

Stellungnahme für die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme der Eingliederungshilfe:

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen oder zur Wahrnehmung von Prüfungsrechten und –pflichten nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BayKiBiG, BaySchFG, LAG und BStatG.Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs. 1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter [*www.bezirk-niederbayern.de*](http://www.bezirk-niederbayern.de) abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlich bestellten Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Telefon: 0941/2986930, E-Mail: info@projekt29.de erreichen können. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift und Stempel des Facharztes |