|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf Teilzeitbetreuung in der Förder- und Betreuungseinrichtung/-gruppe/TENE** | | | | | | | |
| **für** |  | | | | | , geb. |  |
| **wohnhaft** |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Für die Zeit vom | |  | bis |  | wird folgender zeitlicher Förder- und Betreuungsumfang beantragt: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Betreuungszeiten von | bis |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Montag | |  | | | | | | |  | | | | |
| Dienstag | |  | | | | | | |  | | | | |
| Mittwoch | |  | | | | | | |  | | | | |
| Donnerstag | |  | | | | | | |  | | | | |
| Freitag | |  | | | | | | |  | | | | |
| **gesamt wöchentlich** | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Begründung: Siehe Berichtsbogen Förderstätte/TENE bzw. WfbM vom | | | | | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | | | |
| Ort, Datum | | |  | | | Unterschrift des/der Leistungsberechtigten | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | Unterschrift des/der rechtlichen Betreuers/in | | | | | | | |
| **Erklärung der Förder- und Betreuungseinrichtung:**  Mit dem beantragten Betreuungsumfang besteht Einverständnis. Der Eingliederungsauftrag kann noch erfüllt werden. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Regelung zur Beförderung: Siehe Beiblatt Fahrtkosten | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Ort, Datum | | |  | | | Unterschrift des Leistungserbringers (Förderstätte/TENE) | | | | | | | |
| **Erklärung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes:** | | | | | | | | | | | | | |
| Aktuelle Diagnose/n: | |  | | | | | | | | | | | |
| Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich  die geplante Teilzeitbetreuung des/der Leistungsberechtigten gemäß Antrag | | | | | | | | | | | | | |
| Teilzeitbetreuung in folgendem Umfang (z.B. zeitlicher Umfang, Arbeitstage, Dauer): | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | siehe Anlage |
| Ich stimme der geplanten Maßnahme nicht zu. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |
| Ort, Datum | | | |  | | | | Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes | | | | | |
| Datenschutzhinweis siehe Seite 2 | | | | | | | | | | | | | |

**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](mailto: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](mailto:info@projekt29.de) erreichen können.