

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Antragsausgabe:	Antragseingang:
	06.06.2023	

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	<b>F O L G E A N T R A G</b>			
	auf Leistungen der Eingliederungshilfe in Form der Schulbegleitung (Integrationshilfe) nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)			
	Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).			
	<b>Beschreibung der Hilfe:</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)			
	<input type="checkbox"/> Assistenzleistung in einer Behinderten-/Sonder-/Förder-Schule			
	<input type="checkbox"/> Assistenzleistung in einer Regelschule			
	Träger der Einrichtung (Land, Landkreis, Gemeinde, sonstige Institution bei freier Trägerschaft)			
	Name der Schule		Beschulungsort	
	<b>Beschreibung der Leistungsminderung der Schülerin / des Schülers und der daraus resultierende Bedarf an notwendiger Anleitung und Begleitung in der Schule:</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)			
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
	<b>Leistungen werden beantragt für:</b>			
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		Vorname(n)	Geburtsdatum
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort				
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten				
erwerbsgemindert	pflegebedürftig	behindert/schwerbehindert	krankenversichert	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> Ja - GdB _____	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Betreuer / Vormund oder Vollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen				
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort				
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten				
<b>Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:</b>				
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort				
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten				

Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers (§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX)	
Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Falls <b>Nein</b> : Wurden in der Vergangenheit bzw. in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den <b>zwei Monaten</b> vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) _____	

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

**Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – 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 Beweis-urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, 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.

**Schlussklärung**

Mit Unterzeichnung des Antrages und des Abfragebogens wird die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 sowie Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestätigt.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzlichen Vertreters erklärt sich dieser/diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

**Rechtsverbindliche Unterschrift**

Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen	
		<input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft	
		Datum	Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)