

Antrag auf integrative Leistungen in Kitas

Neuantrag Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

Kinderkrippe Kindergarten Kinderhort

1. Persönliche Verhältnisse

	des Kindes	der Mutter	des Vaters
Name, Vorname			
Geburtsdatum und -ort			
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Wohnort			
Telefon-Nr.			
Staatsangehörigkeit			
Sorgeberechtigt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegekind (auch Pflege durch Verwandte, z.B. Großeltern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeeltern	
Aufenthalt vor Aufnahme in Pflegefamilie: Bei wem und wo (Anschrift, Telefon)?	
Zuständiges Jugendamt	

Anderweitige Ansprüche

Die (ggf. drohende) Behinderung ist Folge eines	- Unfalles	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden/wurden Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche gegenüber wem?		

Für o.g. Kind beantrage/n ich/wir Leistungen für die wie folgend angegebene integrative Betreuung:

Betreuung ab (Datum)		
In Kindertageseinrichtung (Name, Ort)		
Buchungszeit (Stunden)	täglich:	wöchentlich:

vom Antragsteller (Erziehungsberechtigten) auszufüllen!



Neuantrag / Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

Nur bei Neuantrag:

ärztl. Unterlagen oder entsprechende Unterlagen einer sonstigen Stelle zur (ggf. drohenden) Behinderung des Kindes	
<input type="checkbox"/> liegen bei.	<input type="checkbox"/> werden nachgereicht.

Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Schweigepflichtsentbindungserklärung / Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art 9 Abs. 2a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Übermittlungsbefugnis von besonders schutzwürdigen Sozialdaten

Die Übermittlung von besonders schutzwürdigen Sozialdaten (insbesondere Gesundheitsdaten) ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift/en Antragsteller/in

Hinweis

Bitte reichen Sie den Antrag gemeinsam mit der Kindertageseinrichtung rechtzeitig über die dortige Gemeinde/Stadt und das/die zuständige Landratsamt/kreisfreie Stadt beim Bezirk Oberpfalz ein, da das Entgelt nicht rückwirkend vereinbart werden kann und eine Kostenübernahme erst nach „Bekanntwerden“ (§ 18 SGB XII) erfolgen kann.

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Oberpfalz, Ludwig-Thoma-Straße 14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-2001, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-oberpfalz.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BayBlindG, BayKHV, BVG, BaySchFG, LAG, UnterbrG, AufnG und der Vereinbarung zur Beteiligung des Freistaats an den Jugendhilfekosten für junge Volljährige, die als unbegleitete Minderjährige eingereist sind vom 24.07.2017. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67a „Erhebung von Sozialdaten“, § 67b „Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung von Sozialdaten“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert. Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 67d SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, Gerichte) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-oberpfalz.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter oder von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ludwig-Thoma-Str.14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-1820, E-Mail: datenschutz@bezirk-oberpfalz.de erreichen können.

vom Antragsteller (Erziehungsberechtigten) auszufüllen!

Neuantrag / Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

2. Kindertageseinrichtung / Träger

Name der Kindertageseinrichtung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon-Nr.	
E-Mail-Adresse	
Name des Ansprechpartners	
Bankverbindung (IBAN, BIC)	

Name des Trägers	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Für das auf Seite 1 des Antrags aufgeführte Kind wird der **Gewichtungsfaktor** von 4,5 (Art. 21 Abs. 5 Satz 2 Spiegelstrich 4 BayKiBiG) auf 5,5 angehoben und die Finanzierung dieser Anhebung einschließlich der Gewährung der **Sachkostenpauschale** beim Bezirk Oberpfalz beantragt.

Nur bei Neuantrag:

Begründung zur Notwendigkeit der integrativen Betreuung des Kindes aus der Sicht der Kindertageseinrichtung	
<input type="checkbox"/> liegt bei.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.

Nur bei Verlängerungsantrag:

Entwicklungs-/Betreuungsbericht zur weiteren Notwendigkeit der integrativen Betreuung des Kindes aus der Sicht der Kindertageseinrichtung	
<input type="checkbox"/> liegt bei.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.

Die Inanspruchnahme eines Fachdienstes wird	
<input type="checkbox"/> nicht beantragt.	
<input type="checkbox"/> beantragt.	Eine auf das o.g. Kind bezogene Begründung für die Notwendigkeit aus Sicht der Kindertageseinrichtung
	<input type="checkbox"/> liegt bei. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.

Name und Anschrift des Fachdienstes:	
Anzahl der vorgesehenen Stunden	(grundsätzlich max. 50 Std. je ganzes Kindergartenjahr)

Erklärung	
Es wird versichert, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Trägers

Hinweis	
Bitte reichen Sie den Antrag rechtzeitig über die dortige Gemeinde/Stadt und das/die zuständige Landratsamt/kreisfreie Stadt beim Bezirk Oberpfalz ein, da das Entgelt nicht rückwirkend vereinbart werden kann und eine Kostenübernahme erst nach „Bekanntwerden“ (§ 18 SGB XII) erfolgen kann.	

von der Kindertageseinrichtung oder deren Träger auszufüllen!

Neuantrag / Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

Bitte Namen und Anschrift der Kindertageseinrichtung ergänzen!

3. Von der Kindertageseinrichtung/Träger weiterzuleiten an die Gemeinde/Stadt mit

<input type="checkbox"/> Berechnungsblatt zur Ermittlung des Anstellungsschlüssels. ist unbedingt erforderlich!	
An	mit der Bitte um Stellungnahme zu der vorgesehenen Integrationsmaßnahme:
	<input type="checkbox"/> Für die Förderung nach dem BayKiBiG wird für alle in diesem Antragsheft aufgeführten Kinder der Gewichtungsfaktor 4,5 gemäß Art. 21 Abs. 5 Satz 2 BayKiBiG beantragt.
	<input type="checkbox"/> Die Erhöhung des Gewichtungsfaktors 4,5 gemäß Art. 21 Abs. 5 Satz 3 BayKiBiG wird beantragt (4,5 + x \triangleq Zusatzkraft).
Name der Gemeinde/Stadt	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Stempel und Unterschrift Kindertageseinrichtung/Träger, Datum

4. Stellungnahme der Gemeinde/Stadt weiterzuleiten an die zuständige Aufsichtsbehörde

An	Antragseingang am:	
	mit der Bitte um Stellungnahme zu der vorgesehenen Integrationsmaßnahme:	
	<input type="checkbox"/> Der Bedarf für die beantragte Integrationsmaßnahme wird anerkannt (Art. 7 BayKiBiG).	
Zuständige Aufsichtsbehörde		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Stempel und Unterschrift Gemeinde/Stadt, Datum	

5. Stellungnahme der für die staatliche Förderung zuständigen Aufsichtsbehörde

An	Folgende Entscheidung wird getroffen:	
	<input type="checkbox"/> Der Gewichtungsfaktor 4,5 wird zuerkannt, soweit die betreffenden Kinder im Sinne von § 53 SGB XII behindert oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind.	
	<input type="checkbox"/> Der Gewichtungsfaktor 4,5 wird im Einvernehmen mit der betroffenen Gemeinde erhöht (Art. 21 Abs. 5 Satz 3 BayKiBiG).	
	<input type="checkbox"/> Auch unter Anrechnung eines Gewichtungsfaktors von 5,5 wird ein Anstellungsschlüssel von mindestens 1 : 11,0 eingehalten.	
Bezirk Oberpfalz - Sozialverwaltung - Postfach 10 01 65 93001 Regensburg		
	Name Ansprechpartner, Tel.-Nr. mit Vorwahl	
	Stempel und Unterschrift Aufsichtsbehörde, Datum	