

Stadt Freiburg im Breisgau  
 - Amt für Soziales –  
 Abteilung 3 - Eingliederungshilfe  
 Postfach  
 79095 Freiburg im Breisgau



Sachgebiet/ Ansprechpartner\*in (falls bekannt/ vorhanden) \_\_\_\_\_

## Erhebungsbogen/ Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

### Folgende Leistung wird beantragt:

- |                                                                                    |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung                                | <input type="checkbox"/> Schulkindergarten                      |
| <input type="checkbox"/> Integration im Regelkindergarten                          | <input type="checkbox"/> Schulassistenz                         |
| <input type="checkbox"/> sonstige Assistenzleistungen                              | <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung (Tag und Nacht) |
| <input type="checkbox"/> Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Betreuung in einer Pflegefamilie                          |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> andere Leistung (bitte benennen) _____                    |                                                                 |

### Die Förderung soll erfolgen durch:

- ☐ Heilpädagogische Praxis (Name) \_\_\_\_\_
- ☐ Kinderfördernetz P.R.I.S.M.A. der Caritas
- ☐ Interdisziplinäre Beratungs- und Frühförderstelle der AWO
- ☐ Anbieter/ Einrichtung \_\_\_\_\_

### 1. Personendaten Antragsteller\*in (Kind/ Jugendliche\*r)

|                                                                        |                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname                                                          |                                                                                                                                              |
| Geburtsdatum und -ort                                                  |                                                                                                                                              |
| Anschrift                                                              |                                                                                                                                              |
| Telefonnummer/ E-Mail-Adresse                                          |                                                                                                                                              |
| Staatsangehörigkeit                                                    | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige _____                                                                     |
| Liegt ein Aufenthaltstitel vor?                                        | <input type="checkbox"/> Ja, Art des Aufenthaltstitels: _____<br>gültig bis _____ (Bitte Nachweis beifügen)<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Schwerbehindertenausweis<br>(Falls vorhanden: Bitte Nachweis beifügen) | <input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ % Merkzeichen _____<br><input type="checkbox"/> Nein                                                  |
| Welcher Kindergarten/ Schule wird besucht?                             | _____<br>Möglicher Einschulungstermin _____                                                                                                  |
| Pflegefamilie                                                          | <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Pflegeerlaubnis beifügen)<br><input type="checkbox"/> Nein                                                |

**2. Angaben zu den Eltern**

|                               | Elternteil 1 | Elternteil 2 |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| Name, Vorname                 |              |              |
| Geburtsdatum                  |              |              |
| Anschrift                     |              |              |
| Telefonnummer/ E-Mail-Adresse |              |              |

**3. Wer hat das Sorgerecht?**

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**4. Vormund\*in/ Rechtliche\*r Betreuer\*in/ Bevollmächtigte\*r** (Bitte Nachweis beifügen)

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name, Vorname                 |  |
| Anschrift                     |  |
| Telefonnummer/ E-Mail-Adresse |  |

**5. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse** Tatsächliche Aufenthalte (muss nicht unbedingt mit der polizeilichen Meldeadresse übereinstimmen) in den letzten 6 Monaten

| Ort | von | bis |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
|     |     |     |

**6. Bisheriger Leistungsanspruch Eingliederungshilfe**

|                                                                                                                                                   |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Hat der/ die Antragsteller*in innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Stadt- oder Landkreis erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja, von folgendem Stadt- /Landkreis:<br>_____<br>_____ |
|                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nein                                                   |

**7. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

|                                                                                             |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Bezieht der/die Antragsteller*in Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)? | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____<br>Behörde: _____<br>_____ |
|                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nein                                      |

**8. Vorrangige Leistungen**

|                                                                                                                               |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Erhält der/ die Antragsteller*in oder Personen im selben Haushalt Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz (z.B. BVG, OEG)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|



## Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Im Rahmen der Antragstellung bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Trägers der Eingliederungshilfe der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Nachweise/ Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
- sich bzw. Ihr Kind auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Ihre Mitwirkungspflicht bezieht sich auch auf weitere Einwilligungserklärungen, die wir ggf. im Zusammenhang mit einem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren noch von Ihnen einholen müssen.

## Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist. Die Datenschutzbestimmungen und die Datenschutzinformationen der Stadt Freiburg finden Sie unter [https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise\\_zum\\_Datenschutz\\_Sozialhilfe.pdf](https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise_zum_Datenschutz_Sozialhilfe.pdf).

## Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich durch dieses Antragsformular auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungsverpflichtung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Ich verpflichte mich hierdurch, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen**.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass das Amt für Soziales der Stadt Freiburg berechtigt ist, Überweisungen auf mein Bankkonto zurückzurufen, soweit Überweisungen zu Unrecht erfolgt sind und das Bankkonto eine ausreichende Deckung aufweist.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r  
rechtl. Betreuer\*in/ Bevollmächtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r  
rechtl. Betreuer\*in/ Bevollmächtigte\*r

## Hinweis:

Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.



## Weitere Informationen:

### Beratung

Wenn Sie Fragen haben oder eine Beratung wünschen, können Sie sich gerne bei uns melden. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0761/ 201- 3702 oder senden Sie eine E-Mail an [ansprechstelle@stadt.freiburg.de](mailto:ansprechstelle@stadt.freiburg.de)

### **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX)**

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

### **Persönliches Budget**

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX in Anspruch genommen werden können.

Bitte beachten Sie hierbei: Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern nur eine bestimmte Form der Leistungserbringung.