DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH
Geschäftsadresse: Rote-Kreuz-Straße 3-5, 21073 Hamburg
Postadresse: Schellerdamm 2, 21079 Hamburg

Betreff: Beantragung der Autismus Therapie

Guten Tag,

In diesem Schreiben möchten wir ihnen den Ablauf der Beantragung der Autismus Therapie für Kinder bis 6 Jahren erläutern.

Bitte füllen sie die folgenden Unterlagen aus:

- Formloser Antrag für die Krankenkasse
- Formloser Antrag für die Eingliederungshilfe
- Schweigepflichtentbindungen (DRK+ZfT)
- Anamnesebogen
- Anträge für das ZfT

Senden sie uns die Unterlagen bitte per Mail oder per Post zurück. Wir übernehmen die Antragstellung. Wenn sie fragen haben, dann wenden sie sich bitte an Nicole Fuhrmann-Meyer oder Liana Ohde.

Standort in Harburg:
Liana Ohde
Tel: 040 766 092 296
E-Mail: autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg

Standort in der Neustadt:
Nicole Fuhrmann-Meyer
Tel: 040 766 092 292
E-Mail: autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg

Mit freundlichen Grüßen

Federike Heymann und Theresa Merz

DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH

DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH

Interdisziplinäre Therapiezentren Bereich Autismus

Therapiezentrum Am Binnenhafen
Schellerdamm 2
21079 Hamburg

Therapiezentrum Am Fleet
Herrengraben 26
20459 Hamburg

Tel. 040 766 092 29- 1 / - 2 / -6
autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg
www.drk-inklusivewege.de

Bearbeiter/in
Julia Mohr
Leitung
Therapiepraxis & IFF

Vorstand
Lothar Bergmann
Harald Halpick
Peter Holst
Reinhard Lackner

Geschäftsführender Vorstand
Harald Halpick

Eintragungen
Amtsgericht Hamburg VR 4490
Steuernummer 17/413/00113

Bankverbindung
Hamburger Sparkasse
IBAN DE25 2005 0550 1505 1657 51
BIC HASPDEHHXXX

Tochtergesellschaften
DRK-Ambulanzdienst Hamburg gGmbH
DRK gemeinnützige Gesellschaft für Pädagogik Hamburg-Harburg mbH
DRK-Hospiz Hamburg-Harburg gGmbH
DRK-Kreisverband Hamburg-Harburg gGmbH
RK-Service gGmbH
Zentrale für Krankenbeförderung und Notfallservice (ZKN) gGmbH

Sehr geehrte Patient*innen, sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten, sowie der Daten Ihres Kindes hat für die DRK InklusiveWege gGmbH höchste Priorität.

Gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen unserer Verwaltungs- und Organisationsprozesse.

1. Verantwortlicher im Sinne der DSGVO

Verantwortlicher für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist:

DRK Inklusivewege ggmbH

Schellerdamm 2

21079 Hamburg

Telefon: 040 766 092290

E-Mail: info@drk-inklusivewege.hamburg

Vertreten durch: Geschäftsführung Julia Mohr

Wir nutzen die Software „Sodisys“ als Cloud-Anwendung für digitales Klientenaktenmanagement, Dokumentationsmangement, für die Bündelung der Termine und Ressourcen und für die Abrechnung und das Rechnungswesen.

Anbieter der Software ist:

Sodisys GmbH

Birkenstraße 30

10551 Berlin

Handelsregister Amtsgericht Charlottenburg

HRB 214059B

Geschäftsführung Joel Dunand

Ust ID Nr DE327817405

Informationen zu Sodisys

Der Anbieter verarbeitet personenbezogene Daten ausschließlich im Auftrag und auf Weisung der DRK InklusiveWege ggmbH gemäß Art. 28 DSGVO (Auftragsverarbeitung).

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zur:

- Verwaltung von Klienten- und Elterndaten
- Organisation des Einrichtungsbetriebs
- Kommunikation zwischen Kitas/ Schule/Einrichtung und Eltern
- Dokumentation therapeutischer Entwicklungen
- Termin- und Veranstaltungsverwaltung
- Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten

3. Kategorien verarbeiteter personenbezogener Daten

Daten der Klienten, die gespeichert werden

- Vor- und Nachname
- Geburtsdatum
- Schule/Kita/ andere Einrichtungen
- Leistungsdaten und Bewertungen
- Fehlzeiten
- Kommunikationsinhalte innerhalb der Plattform
- ggf. hinterlegte Dokumente

Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten:

- Vor- und Nachname
- Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Zugangsdaten zur Plattform
- Kommunikationsinhalte

Es werden keine darüberhinausgehenden Daten verarbeitet, soweit dies nicht ausdrücklich vorgesehen oder gesetzlich erforderlich ist.

4. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

a. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Erfüllung des Schul- bzw. Betreuungsverhältnisses)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen)
- Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO (Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse, sofern anwendbar)
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung, soweit erforderlich)

Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) verarbeitet werden, erfolgt dies gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO auf gesetzlicher Grundlage oder mit ausdrücklicher Einwilligung.

B. Finanzbuchhaltung

Zur Weiterverwaltung und Abrechnung und zur Erfüllung handels- und steuerrechtlicher Pflichten setzen wir folgende Software ein:

Diamant Software

Anbieter: Diamant Software GmbH

Stadtheider Straße 85

33609 Bielefeld

Deutschland

5. Zweck der Verarbeitung

- Verwaltung von Vertrags- und Beitragsdaten
- Durchführung des Zahlungsverkehrs

- Ordnungsgemäße Buchführung
- Erfüllung steuer- und handelsrechtlicher Pflichten

Hosting und Datenverarbeitung in der Cloud Sodisys

Die Software Sodisys wird als Cloud-Anwendung betrieben. Die Daten werden auf Servern innerhalb der Europäischen Union gespeichert.

Mit dem Anbieter besteht ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO, der die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen sicherstellt.

Eine Übermittlung personenbezogener Daten in Drittstaaten außerhalb der EU/des EWR erfolgt nicht, sofern dies nicht ausdrücklich angegeben wird und geeignete Garantien gemäß Art. 44 ff. DSGVO bestehen.

6. Empfänger personenbezogener Daten

Zugriff auf personenbezogene Daten erhalten ausschließlich:

- Berechtigte Mitarbeitende der DRK Inklusivewege ggmbH und die Schnittstelle der Finanzbuchhaltung & Controlling der Mutter DRK Kreisverband Hamburg Harburg e.V.
- Der Softwareanbieter im Rahmen der Auftragsverarbeitung
- Ggf. zuständige Behörden, soweit eine gesetzliche Verpflichtung besteht

Eine darüberhinausgehende Weitergabe erfolgt nicht.

7. Speicherdauer

Personenbezogene Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der jeweiligen Zwecke erforderlich ist oder gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Wegfall des Zwecks bzw. Ablauf gesetzlicher Fristen werden die Daten gelöscht oder anonymisiert.

8. Technische und organisatorische Maßnahmen

Sodisys setzt geeignete technische und organisatorische Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO ein, um personenbezogene Daten gegen Verlust, Manipulation und unbefugten Zugriff zu schützen. Dazu gehören insbesondere:

- Verschlüsselte Datenübertragung (TLS)
- Zugriffsbeschränkungen und Rollenrechte
- Regelmäßige Datensicherungen
- Serverstandorte innerhalb der EU

9. Rechte der betroffenen Personen

Sie haben das Recht:

- auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- auf Berichtigung gemäß Art. 16 DSGVO
- auf Löschung gemäß Art. 17 DSGVO
- auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO
- auf Widerspruch gegen die Verarbeitung gemäß Art. 21 DSGVO
- auf Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft

Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu.

10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung bestimmter personenbezogener Daten ist für die Nutzung der Software und die Organisation des Schul-/Einrichtungsbetriebs erforderlich. Ohne diese Daten ist eine Nutzung der Plattform nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Hamburg, 26.02.26

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Therapiezenten der DRK Hamburg Harburg InklusiveWege gGmbH im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung meines/unseres Kindes (Name, Vorname):

_____ , geb.: _____

sachbezogene Informationen mit dem Fachpersonal folgender Institution (Name, Adresse):

Sozialbehörde - Zentrum für Teilhabe - Eingliederungshilfe, Kurt-Schumacher-Alle 4, 20097 Hamburg

einholen und geben dürfen, wenn Bedarf zum Austausch besteht.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH Befunde erhält, die im Rahmen der therapeutischen Förderung erforderlich sind oder diese zur Verfügung stellt. Diese Befunde können in die Diagnostik, den Förder- und Behandlungsplan und den Entwicklungsbericht einfließen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Berichte der Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH über die Behandlungsfortschritte unseres Kindes / meines Kindes an die genannte Institution herausgegeben werden und ein Informationsfluss stattfindet.

Mir ist/uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann oder einzelne Ansprechpartner herausgenommen werden können.

Wenn nur eine sorgeberechtigte Person anwesend ist, gehen wir davon aus, dass die Entbindung der Schweigepflicht im Einvernehmen beider Elternteile erteilt wird und im Interesse des Kindes allein gehandelt werden darf. Mit der Unterschrift bestätigt dies die anwesende sorgeberechtigte Person.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Therapiezenten der DRK Hamburg Harburg InklusiveWege gGmbH im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung meines/unseres Kindes (Name, Vorname):

_____ , geb.: _____

sachbezogene Informationen mit dem Fachpersonal folgender Institution (Name, Adresse):

_____

einholen und geben dürfen, wenn Bedarf zum Austausch besteht.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH Befunde erhält, die im Rahmen der therapeutischen Förderung erforderlich sind oder diese zur Verfügung stellt. Diese Befunde können in die Diagnostik, den Förder- und Behandlungsplan und den Entwicklungsbericht einfließen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Berichte der Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH über die Behandlungsfortschritte unseres Kindes / meines Kindes an die genannte Institution herausgegeben werden und ein Informationsfluss stattfindet.

Mir ist/uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann oder einzelne Ansprechpartner herausgenommen werden können.

Wenn nur eine sorgeberechtigte Person anwesend ist, gehen wir davon aus, dass die Entbindung der Schweigepflicht im Einvernehmen beider Elternteile erteilt wird und im Interesse des Kindes allein gehandelt werden darf. Mit der Unterschrift bestätigt dies die anwesende sorgeberechtigte Person.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Sozialbehörde Hamburg / Fachabteilung Eingliederungshilfe / Kurt-Schumacher-Allee 4 / 20097 Hamburg

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein minderjähriges Kind

Hinweis:
Um Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten zu können, muss ein Antrag gestellt werden. Dieser Antrag kann formlos erfolgen. Dafür reicht es, wenn dem Fachamt konkret mitgeteilt wird, dass eine bestimmte Person – **in diesem Fall ein minderjähriges Kind** - eine bestimmte Unterstützungsleistung benötigt.

Um dann sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Wir bitten Sie daher, diesen Vordruck sorgfältig und **vollständig auszufüllen**. Bitte streichen Sie nicht zutreffende Felder bzw. antworten Sie dann mit „Nein" und bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben durch Ihre Unterschrift auf der letzten Seite**. Durch Ihr sorgfältiges Ausfüllen erleichtern und beschleunigen Sie den Prozess der Bearbeitung Ihres Antrages.** Wenn Ihnen aber bestimmte Informationen nicht vorliegen sollten oder Sie sich unsicher sind, was Sie eintragen müssen, können Sie sich auch an die Mitarbeiter*innen des Fachamtes wenden und sich dort beraten lassen.

Erhält das minderjährige Kind sogenannte Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 3,3a AsylbLG), besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Wenden Sie sich an Ihre Leistungssachbearbeitung für das AsylbLG.

Wenn Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein volljähriges Kind stellen wollen, nutzen Sie bitte das Formular „Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)".

Sollten für das minderjährige Kind Leistungen der Frühförderung (interdisziplinäre Frühförderung) benötigt werden, nutzen Sie bitte das Formular **Antrag auf interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung nach § 46 SGB IX**

1. Beantragte Leistung(en)

Welche Leistungen möchten Sie beantragen (wenn bekannt)?	☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ☐ Leistungen zur Teilhabe an Bildung ☐ Leistungen zur Sozialen Teilhabe
Nähere Angaben zur Art der beantragten Leistung (falls möglich)	
Wo soll die Leistung erbracht werden?	☐ Häuslichkeit ☐ Einrichtung für Minderjährige ☐ Krippe/ Kita ☐ Schule ☐ ……
Wer soll die Leistung erbringen (Name Leistungserbringer sofern bekannt)?	
Ab wann soll die Leistung erbracht werden?	
Wurde die Leistung früher bereits beantragt (z. B. bei der Krankenkasse oder Eingliederungshilfe an einem anderen Ort)?	☐ nein ☐ ja, bereits beantragt bei:…….. Beantragt am:…… Grund der erneuten Antragstellung: …….. …… **Wichtig: Bitte eine Kopie des Briefwechsels (ggf. Ablehnungsbescheid) beifügen.**
Begründung/Unterstützungsbedarf (ggf. gesondertes Blatt nutzen)	

Informationen zu Leistungen der Eingliederungshilfe sowie aktuelle Hinweise finden Sie auch auf unserer Homepage http://www.hamburg.de/go/eingliederungshilfe
Datenschutzerklärung: https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/datenschutz--798946

2. Persönliche Angaben des minderjährigen Kindes

Name		ggf. Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus(-titel)	
Wichtig: Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, fügen Sie bitte einen Nachweis zu Ihrem Aufenthaltsstatus bei.			
Adresse			
Telefonnummer (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)			
Gibt es eine gesetzliche Betreuung / Bevollmächtigung / Vormundschaft?	☐ nein ☐ ja	**Wichtig: Bitte Kopie des Ausweises der Betreuerin oder des Betreuers / Bevollmächtigung / Bestallungsurkunde und des Sorgerechtsbeschlusses beifügen.**	
Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin / des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Telefonnummer des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten/ des Vormundes (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes (Angabe freiwillig)			
Schwerbehindertenausweis (oder diesem gleichgestellte Dokumente)	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor ☐ wurde bereits beantragt ☐ wird noch beantragt		
	Wichtig: Sofern ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, reichen Sie bitte eine beidseitige Kopie ein. Sofern Ihnen der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes vorliegt, bitten wir Sie, diesen ebenfalls vollständig in Kopie einzureichen.		
Grad der Behinderung		Merkzeichen	☐ G ☐ aG ☐ B ☐ H ☐ RF ☐ Bl ☐ Gl ☐ TBl
Angaben zur Behinderung, wenn bekannt. Mehrfachnennung möglich.	☐ geistige Behinderung ☐ körperliche Behinderung ☐ seelische Behinderung ☐ Suchterkrankung ☐ Sinnesbehinderung → Art:…….. ☐ von Behinderung bedroht → Art: ……		

	Art der Beeinträchtigung /medizinische Diagnosen		
	Wichtig: Sofern Ihnen ärztliche Unterlagen zur Behinderung vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte füllen Sie auch den Vordruck zur Schweigepflichtentbindung aus, unterschreiben und reichen diesen ein.		
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für das minderjährige Kind bezogen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Art	
		Bewilligende Stelle / Behörde / Amt (mit Ort)	
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für das minderjährige Kind (z. B. Hilfe zur Erziehung) bezogen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Art	
		Jugendamt in	

3. Angaben zu den Eltern bzw. Pflegeeltern des minderjährigen Kindes

	Elternteil 1	ggf. Elternteil 2
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Adresse		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Verwandtschaftsverhältnis	☐ leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Stiefkind	☐ leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Stiefkind

Gibt es weitere minderjährige Kinder, die in Ihrem Haushalt leben?	☐ nein ☐ ja Name, Vorname, Geburtsdatum Name, Vorname, Geburtsdatum Name, Vorname, Geburtsdatum	☐ nein ☐ ja Name, Vorname, Geburtsdatum Name, Vorname, Geburtsdatum Name, Vorname, Geburtsdatum

4. Kranken- und Pflegeversicherung des minderjährigen Kindes

Art der Krankenversicherung	☐ gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – es handelt sich hierbei um eine… ☐ Pflichtversicherung ☐ freiwillige Versicherung ☐ Familienversicherung über die folgende Person: …… Name, Vorname Geburtsdatum ☐ reine private Kranken- und Pflegeversicherung ☐ selbst versichert ☐ versichert über …… Name, Vorname Geburtsdatum ☐ private Kranken- und Pflegeversicherung und Beihilfe ☐ selbst versichert ☐ versichert über …… Name, Vorname Geburtsdatum
Name der Krankenkasse /ggf. Beihilfestelle	
Anschrift der Krankenkasse / ggf. Beihilfestelle	
Versichertennummer	
Angaben zur Pflegebedürftigkeit	☐ Pflegrad 1 ☐ Pflegrad 2 ☐ Pflegrad 3 ☐ Pflegrad 4 ☐ Pflegrad 5 seit: …… als ☐ Geldleistung ☐ Sachleistung (Mehrfachnung bei Kombileistung möglich) ☐ Pflegegrad wurde am …….. beantragt ☐ Pflegegrad wurde nicht beantragt ☐ Pflegegrad wurde abgelehnt **Wichtig: Bitte fügen Sie, sofern vorhanden, den Bescheid der Pflegekasse (Bewilligung oder Ablehnung) und das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes in Kopie bei.**

5. Aufenthaltsverhältnis des minderjährigen Kindes

Aktuelle Wohnsituation	☐ alleine in eigener Wohnung	☐ eigene Familie (mit Partner und/oder Kindern)
	☐ Wohngemeinschaft	☐ in der Familie (z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern)
	☐ wohnungslos	☐ sonstiges:……

Aufenthalte <u>in den letzten 6 Monaten</u> vor Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflegekinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	von bis Straße, PLZ, Ort ……-…… …… ……-…… …… ……-…… …… ……-…… ……
Bestand oder besteht eine ambulante/ aufsuchende Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?	von bis Name und Ort des Leistungsanbieters ……-…… …… ……-…… …… ……-…… …… ……-…… ……

6. Vorrangige Ansprüche des minderjährigen Kindes

Ursache für die vorliegende Behinderung	☐ Unfall ☐ Behandlungsfehler ☐ Impfschaden ☐ Verletzung durch eine ander Person ☐ Ich weiß es nicht ☐ Sonstiges……
Es wurden… (bitte angeben, ob bereits bewilligt. Wenn ja, bitte Unterlagen beifügen)	Schadensersatzansprüche geltend gemacht gegen: ……
	Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft geltend gemacht: ……
	Ansprüche gegen dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht: ……
	☐ Bisher keine Ansprüche geltend gemacht

7. Einkommens- und Vermögensprüfung

Grundsätzlich sind bei Leistungen der Eingliederungshilfe für ein minderjähriges Kind sowohl das Einkommen und Vermögen des Kindes, als auch der Eltern bei der Gewährung der Leistung zu berücksichtigen. Jedoch wird bei einigen Leistungen oder beim Vorliegen besonderer Bedingungen kein Einkommens- und Vermögenseinsatz verlangt. **Nach Einreichung dieses Vordruckes wird individuell entschieden, ob eine Einkommens- und Vermögensprüfung notwendig ist.** Sie erhalten dann gegebenfalls ein **gesondertes Schreiben** des Fachamtes Eingliederungshilfe zur Überprüfung eines Einkommens- und Vermögenseinsatzes für die beantragte Leistung.

8. Bankverbindung, sofern vorhanden

Kontoinhabende Person	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag und die erforderlichen Nachweise vollständig postalisch an:

Sozialbehörde Hamburg
Fachabteilung Eingliederungshilfe
Neuantragsmanagement
Kurt-Schumacher-Allee 4
20097 Hamburg

ERKLÄRUNG

Name, Vorname	
Adresse	

Falls zutreffend:

Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	
Adresse des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	

1. Ich bin verpflichtet, wahre Angaben über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu machen.

2. Ich bin, solange ich Eingliederungshilfe beziehe, verpflichtet, dem Träger der Eingliederungshilfe unaufgefordert und unverzüglich jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen mitzuteilen. Dies ist beispielsweise erforderlich bei
   - Erzielung und Änderung von Einkommen
   - Beantragung, Bewilligung und Erhöhung von Renten
   - Vermögen wie z. B. Spar- und Bankguthaben, Kraftfahrzeug, Genossenschaftsanteile, Aktien, Pfandbriefe, Grundbesitz, Lebensversicherungen, Sparverträge
   - Ortsabwesenheit und beabsichtigtem Wohnungswechsel
   - Krankenhaus- und sonstigen stationären Aufenthalten

3. Mir ist bekannt, dass
   - die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, falls ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme,
   - ich zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben mache,
   - ich strafrechtlich verfolgt werden kann, wenn ich wissentlich falsche oder unvollständige Angaben mache.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind und der Wahrheit entsprechen und ich Änderungen unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.

…… ……

Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers/Antragstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung

Einverständniserklärung:

Ich stimme zu, dass Informationen zur Leistungsart, Bewilligungszeitraum sowie die Höhe der Leistung schriftlich sowie mündlich durch das Fachamt Eingliederungshilfe an den Leistungserbringer der betreffenden Leistung übermittelt werden dürfen.

☐ ja, ich stimme zu ☐ nein, ich werde diese Informationen dem Leistungsanbieter in eigener Verantwortung zur Verfügung stellen

…… ……

Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers/ Antragsstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung

Informationen zu Leistungen der Eingliederungshilfe sowie aktuelle Hinweise finden Sie auch auf unserer Homepage http://www.hamburg.de/go/eingliederungshilfe
Datenschutzerklärung: https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/datenschutz--798946

zurück an:

Sozialbehörde Hamburg
Fachabteilung Eingliederungshilfe
Leistungsrecht
Kurt-Schumacher-Allee 4 20097 Hamburg

Name, Vorname	
Aktenzeichen (falls bekannt)	
Adresse	

Falls zutreffend:

Name und Vorname des Betreuers/ der Betreuerin / bevollmächtigten Person	
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin / bevollmächtigten Person	

Einverständniserklärung:

Ich stimme zu, dass Informationen zur Leistungsart, Bewilligungszeitraum sowie die Höhe der Leistung schriftlich sowie mündlich durch das Fachamt Eingliederungshilfe an den Leistungserbringer der betreffenden Leistung übermittelt werden dürfen. In die dazu erforderlichen Verarbeitungen der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten willige ich ein. Mir ist bekannt, dass ich diese freiwillige Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Nichterteilung hat keine Auswirkungen auf die Leistungserbringung.

☐ ja, ich stimme zu ☐ nein, ich werde diese Informationen dem Leistungsanbieter in eigener Verantwortung zur Verfügung stellen

…… ……
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin bzw. gesetzliche Vertretung

Sozialbehörde Hamburg / Fachabteilung Eingliederungshilfe / Kurt-Schumacher-Allee 4 / 20097 Hamburg

Einwilligungserklärung / Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum) entbinde folgende/n Ärzte / Krankenhausabteilungen / Psychotherapeuten / Sozialpsychiatrischen Dienste, die mich untersucht/behandelt haben, gegenüber dem ärztlichen Fachdienst des Fachamtes Eingliederungshilfe von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name	Anschrift

Ich bin einverstanden, dass mich betreffende ärztliche Unterlagen angefordert und verwendet werden, soweit es zur ärztlichen Begutachtung im Rahmen meines Antrags auf Eingliederungshilfen vom _____ erforderlich ist.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Schweigepflichtentbindung, des Erläuterungsblattes für Antragstellende sowie die Datenschutzhinweise erhalten habe. Ich wurde über meine Rechte und Pflichten informiert und habe hierzu keine weiteren Fragen.

Datum, Unterschrift

Sozialbehörde Hamburg / Fachabteilung Eingliederungshilfe / Kurt-Schumacher-Allee 4 / 20097 Hamburg

Erläuterungsblatt für Antragstellende

zum Ausfüllen der Schweigepflichtentbindung für den ärztlichen Fachdienst

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungshilfen gestellt. Hierfür muss zunächst festgestellt werden, ob bei Ihnen eine Behinderung besteht oder droht (§99 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch).

Die Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte ist dabei unerlässlich. Dazu müssen dem ärztlichen Fachdienst alle für die Behinderung wichtigen Arzt- und Krankenhausberichte der letzten 5 Jahre bekannt sein.

Dies können nur dann angefordert werden, wenn Sie die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser von der Schweigepflicht entbinden.

Da Sie eine Sozialhilfeleistung beantragen, sind Sie hierzu verpflichtet (§60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch).

Bitte füllen Sie die Schweigepflichtentbindung sorgfältig aus und beachten dabei:

- Geben Sie alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser an, bei denen Sie in den letzten 5 Jahren im Zusammenhang mit Ihren Einschränkungen in Behandlung waren.
- Auch wenn Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte über Krankenhausberichte verfügen, müssen die Krankenhäuser angegeben werden.
- Bei Krankenhäusern benennen Sie bitte die Institution und nicht einzelne Behandlerinnen und Behandler.
- Es ist hilfreich, wenn Sie jeweils das Jahr der Behandlung mit angeben.
- Wenn Sie in psychologischer Behandlung waren, bitte auch Ihre Psychologin bzw. Ihren Psychologen angeben.
- Falls Sie Kontakt zu einem Sozialpsychiatrischen Dienst, zu einem Jugendpsychiatrischen Dienst oder zum JPPD hatten, ist es hilfreich, wenn Sie auch diesen Dienst von der Schweigepflicht entbinden.
- Falls alle Behandlungen länger als 5 Jahre zurückliegen, können Sie auch frühere Behandlerinnen und Behandler angeben.
- Wenn Sie wegen Ihrer Einschränkungen noch nicht in Behandlung waren, tragen Sie dies bitte mit einer kurzen Begründung in die Schweigepflichtentbindung ein.
- Vergessen Sie nicht das Datum und Ihre Unterschrift.

Bitte reichen Sie die ausgefüllte Schweigepflichtentbindung zusammen mit den übrigen Antragsunterlagen bei der Fachabteilung Eingliederungshilfe / Leistungsrecht ein. Wenn Sie bereits vom ärztlichen Fachdienst angeschrieben worden sind, schicken Sie den Vordruck bitte dorthin.

Denken Sie daran, möglichst alle wichtigen Berichte in Kopie dem Fragebogen anzufügen (ärztliche, psychologische, Kindergarten etc., falls es sehr viele sind: Vorrang haben Berichte mit Diagnosen, aktuelle Berichte).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen

Kind bzw. Jugendliche(r)

Nachname: …… Vorname: ……

geb.: …… Geschlecht: □ weiblich □ männlich □ divers

Anschrift: □ wie Vater □ wie Mutter

Name und Anschrift der Krankenkasse (unbedingt ausfüllen):

……

……

Versicherungs-Nr. des/der Patienten/Patientin: ……
(des versicherten Elternteils)

……

Falls Sie Beihilfe-versichert sind – Ansprechpartner und Tel.:

……

……

Mutter

Nachname: …… Vorname: ……

geb.: ……..

vollständige Anschrift: ……

Tel.: ……

Mobil: …… Email:……

Schulabschluss: ……..... Beruf: ……

berufstätig: □ ja □ nein alleinerziehend: □ ja □ nein sorgeberechtigt: □ ja □ nein

Vater

Nachname: …… Vorname: ……..…..

geb.: ……..

Anschrift: □ wie Mutter Eigene Anschrift:

……

Tel.: …….

Mobil: …… Email: ……

Schulabschluss:……..…..... Beruf:……

berufstätig: □ ja □ nein alleinerziehend: □ ja □ nein sorgeberechtigt:□ ja □ nein
Eltern □ verheiratet seit…….. /□ getrennt seit ……. □ / geschieden seit ……..

Falls ein Gespräch nur mit einem Dolmetscher möglich ist, bitten wir Sie diese Person ggf. mitzubringen

Geschwister:

Name/Vorname	Geburtsdatum	KiTAForm/Schulform bzw. Beruf	Besonderheiten in der Entwicklung

Gibt es bereits eine Autismus/Asperger-Diagnose? □ ja □ nein

Wenn ja, wie lautet sie?

……..

Wo gestellt?.....……

Wann?.....

Wurde Autismus/Asperger-Syndrom bereits ausgeschlossen? □ ja □ nein

Wenn ja, wo und wann

…….

Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen.

Erste Problembeschreibung

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

□ Kontaktschwierigkeiten
□ Aggressivität
□ starke motorische Unruhe
□ übermäßige Ängstlichkeit
□ starke(r) Trotz, Wut, Unwillen
□ Teilnahmslosigkeit
□ Störungen des Essverhaltens
□ Selbstverletzendes Verhalten
□ ausgeprägte Schlafstörungen
□ soziale Schwierigkeiten
□ Konzentrationsschwäche
□ Traurigkeit

Der Lebensrahmen Ihres Kindes

2. Welche Personen sind an der Erziehung ihres Kindes maßgeblich beteiligt?

……

3. Gibt es andere Personen, die an der Erziehung wesentlichen Anteil haben?
□ nein: wenn ja: □ Großeltern □ Verwandte □ Nachbarn □ Sonstige, nämlich……..…

4. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? □ ja □ nein

Wenn nein, weil…….

5. Falls Ihr Kind in einer betreuten Wohngruppe bzw. in einem Heim lebte oder lebt, von wann bis wann, in welcher/welchen Einrichtung/en:

Zeitraum	Name der Einrichtung

6. Besucht Ihr Kind/der/die Untersuchte

□ Kindergarten seit: ……. bis:……

□ Schule seit: ……. bis:……

□ Ausbildungsplatz seit: ……. bis:……

□ Arbeitsplatz seit: ……. bis:……

□ Werkstatt seit: ……. bis:……

□ Tagesfördereinrichtung seit: ……. bis:……

□ Sonstiges: …… seit: ……. bis:……

7. Name, Anschrift und Tel.-Nr., E-Mail-Adresse der derzeit besuchten Einrichtung:

……

Ansprechpartner:……

……

8. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie) erhält, bzw. erhielt Ihr Kind?

Zeitraum	Art der Förderung

9. Welche Ratschläge wurden den Eltern ggf. erteilt?

……

……..……

……..

Vorgeschichte Ihres Kindes:

10. Welche (Kinder) Krankheiten oder Unfälle/Stürze hatte Ihr Kind - in welchem Alter?

Alter	(Kinder-)Krankeiten/Unfälle etc.	Krankenhaus ja/nein	Mutter oder Vater anwesend?

11. Name, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte:

Kinderarzt: …….

Hausarzt: …….....

(Kinder- u. Jugend-)Psychiater/Neurologe: …….

12. In welchem Alter ist Ihnen zum ersten Mal etwas Außergewöhnliches an Ihrem Kind aufgefallen?.....

Die ersten Auffälligkeiten waren: ……...

13. Gab es Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1– U9)?

……

14. Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr Auffälligkeiten beim Kopfumfang (gelbes U-Heft)? □ ja □ nein

Wenn ja, mit 12 Monaten …….. cm mit 24 Monaten..... cm

15. Wurde bei Ihrem Kind eine Elektroenzephalographie (EEG) oder eine Tomographie (CT/MRT etc.) durchgeführt? □ ja □ nein

Wenn ja, wann: ..... wo: ……

Befund: ……..

16. Gibt es Befunde oder Diagnosen aus ambulanten/stationären Untersuchungen?

□ Epilepsie
□ AD(H)S (hyperkinetische Störung)
□ Mutismus
□ Genetische Untersuchungen
□ Entwicklungsverzögerung
□ Depression
□ Hochbegabung

Sonstige:……

Folgende Befunde:……..

17. Falls Medikamente verabreicht werden, welche wurden früher verabreicht?

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

18. Welche Medikamente werden gegenwärtig verabreicht?

aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

19. Wurde Ihr Kind schon einmal allgemein psychologisch getestet? □ ja □ nein

wenn ja, wo …… ……

Befund …… Datum ……

Gibt es Ergebnisse von Leistungs-/Intelligenztestungen? ja □ nein □

Wenn ja, welche IQ-Werte? …….. Datum: ……

(Bitte Testberichte beifügen)

Gibt es bereits eine gesicherte Diagnose? Wenn nicht, sollte zeitnah ein Termin zur Sicherheit einer medizinischen Stelle z.B. WOI , UKE, AK Harburg wahrgenommen werden

20. Welche Maßnahmen wurden (ggf.) eingeleitet?

……

……

21. Welche Ratschläge wurden den Eltern erteilt?

……

……

22. Stehen Sie bereits auf einer Warteliste für ambulante Autismustherapie in einer Therapiestelle in Hamburg? □ ja □ nein

Wenn ja, wo? ……

Nahrungsaufnahme und Sauberkeit

23. Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme (z.B. ungewöhnliche Vorlieben, aß nur breiige Kost etc.)? □ ja □ nein

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?.....

24. Isst Ihr Kind immer die gleichen Dinge oder ist besonders wählerlisch beim Essen?

……

……

……

25. Besteht der Verdacht oder die Gewissheit, dass Ihr Kind nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel körperlich oder psychisch auffällig reagiert(e)?

……

……

26. Ist Ihr Kind

□ tagsüber sauber

□ nachts sauber

evtl. Besonderheiten ……..

Schlafverhalten

27. Gibt es Auffälligkeiten im Schlafrhythmus (besondere Schlafgewohnheiten, Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, oberflächlicher Schlaf, ungewöhnlich kurze Schlafdauer)?

……

……

28. Schläft Ihr Kind allein? □ ja □ nein

falls nein, welche Schlafgewohnheiten hat es?

……

……

Sprache

29. Welche Sprache/n wird/werden zu Hause gesprochen? …….

30. Ihr Kind verfügt heute über

□ voll ausgeprägte Sprache □ spricht in Mehrwortsätzen

□ äußert sich in Einwortsätzen □ gibt einzelne Worte und Laute von sich

□ äußert nur einzelne Laute □ produziert keine Laute

31. Wie geht das Kind in Kommunikation, um seine Bedürfnisse zu kommunizieren oder mitzuteilen?

……

……

……

…….

32. Wird in der Kita / Schule bereits mit Teacch und Metacom gearbeitet? □ ja □ nein

Anderes: ……..

33. Benutzt Ihr Kind andere Kommunikationsmittel, um sich mitzuteilen (Fotos, Computer, Talker)?

□ ja □ nein wenn ja, welche …….

34. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

□ monotone Sprechweise
□ besondere Lautstärke
□ Redeschwall
□ häufiger Wechsel zu einem Lieblingsthema
□ alles wiederholen, wie ein Echo
□ wortwörtliches Verstehen
□ besonders exakte Aussprache
□ nicht zuhören können

sonstige Auffälligkeiten:……..…….

Beziehungen zu anderen Menschen

35. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?

□ ja wenn ja, welchen Alters: .....
□ ja jedoch nur mit Geschwistern
□ ja jedoch nur, wenn Erwachsene mitspielen
□ nein ……..

36. Geht ihr Kind gern in die Kita / Schule?

……

37. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber anderen Kindern (z.B. auf dem Spielplatz)?

□ nimmt aktiv an Spielen teil
□ sondert sich ab
□ spielt neben aber nicht mit anderen Kindern
□ spielt nur mit, wenn es bestimmen darf
□ sucht nur Kontakt, wenn es etwas haben will
Sonstiges: ……

38. Hat Ihr Kind Freunde? □ ja □ nein
wenn ja, wie oft trifft es sie? ……
Wenn nein, leidet es darunter, dass es keine Freunde hat? □ ja □ nein

39. Hat Ihr Kind Verständnis für soziale Regeln („weiß was sich gehört“) □ ja □ nein

40. Nimmt Ihr Kind an Gruppenspielen teil? □ ja □ nein

41. Spielt Ihr Kind Rollenspiele, z.B. „Kaufladen“ oder „Mutter, Vater, Kind“ □ ja □nein
wenn ja, welche Rollenspiele z.B.: …….....

42. Wie verhält sich ihr Kind in der Begegnung mit fremden Menschen?

……

……

……

43. (Wie) kann sich das Kind auf eine 1:1 Situation mit anderen Menschen einlassen?

……

……

……

Umgang mit Gefühlen

44. Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen

- □ sich selbst
- □ andere Personen
- □ Gegenstände
- □ es zeigt keine übermäßigen Aggressionen

45. Ist Ihr Kind besonders ängstlich?

□ ja, es hat besonders Angst……

□ nein

46. Können Sie andere Gefühle ihres Kindes z.B. Traurigkeit oder Freude oder Frust erkennen? Wenn ja, wie zeigt es diese Gefühle?

……

……

……

47. Gibt es Dinge, die ihr Kind nicht mag? (z.B. Körperkontakt, laute Geräusche)

……

……

……

48. Zeigt das Kind Frustration, wenn es Begrenzungen/ Stopps von außen erhält? Wenn ja, wie?

……

……

……

Besondere Verhaltensweisen

49. Gibt es Verhaltensweisen, die beim Spielen Ihres Kindes besonders auffallen?

……
……
……

50. Wie geht ihr Kind damit um, wenn die Tagesroutine verändert wird oder Dinge außerplanmäßig anders verlaufen?

……
……
……

51. Wie sieht der Alltag im häuslichen Umfeld aus? Gibt es Routinen, an denen das Kind sich orientieren kann?

……
……
……

52. Zeigt ihr Kind Zwänge, Tics, Laute oder andere besondere Verhaltensweisen bei Stress oder Anforderungssituationen?

……
……
……

53. Zeigt ihr Kind repititive Verhaltensweisen z.B. immer auf die gleiche Weise Sätze zu beginnen o.ä.?

……
……
……

54. Wie reagiert ihr Kind auf äußere Reize z.B. Geräusche und Gerüche?

……
……
……

55. Hat Ihr Kind spezielle Interessen, z.B. Musik, Zahlen, technische Sachverhalte, Computer, Kalenderdaten, Fahrtrouten, Fahrpläne, wenn ja welche:

……
……
……

56. Wie lässt sich ihr Kind beruhigen, wenn es aufgebracht ist?

……

……

……

57. Hat ihr Kind bereits begonnen mit einem Timetimer Spielsituationen zu beenden?

……

……

……

58. Hat ihr Kind Weglauftendenzen oder andere Besonderheiten, um in Überforderungen zu reagieren?

……

……

……

59. Hat Ihr Kind besondere Lieblingsgegenstände, wenn ja welche

……

……

Wie reagiert es, wenn diese unauffindbar sind?

……

……

□ keine besonderen Lieblingsgegenstände

60. Gibt es Fähigkeiten Ihres Kindes, die Sie als überdurchschnittlich bezeichnen würden?

Wenn ja, welche .....

……

……

61. Was klappt gut zwischen Ihnen und Ihrem Kind, was macht Ihnen vielleicht besondere Freude? ……

……

……

62. Was bereitet Ihnen besondere Sorgen bei Ihrem Kind? ……..

……

……

63. Was wünschen Sie sich von einer Therapie bei uns?

……

……

64. Wodurch erfuhren Sie von uns?

□ Kinderarzt □ Kindergarten

□ (Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamt(s)) □ Schule

□ Internet

□ Sonstige ……...

65. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

□ Mutter

□ Vater

□ sonstige Person ……...

Datum …… Name……

Unterschrift ……

Liebe Eltern, liebe Betreuer/innen,

Wir versuchen auch das Umfeld für die Besonderheiten unserer autistischen Klienten zu sensibilisieren. So möchten wir gerne Kindergärten, Schulen, weiteren Therapeuten und Kinderärzten Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten anbieten.

Kindergarten	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
		……...
Schule	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Ergotherapeuten	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
		……...
Physiotherapeuten	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Logopäden	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Kinderärzte	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……...
	E-Mail	……

Adresse des zuständigen Amtes eintragen

Adresse des Kindes

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantragen für mein/unser Kind _____
geb.: _____ spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantragen parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitten deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung. Aus diesem Grund stelle/n ich/wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie.

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die Krankenkasse.

Ich/Wir möchte/n die Autismus Therapie beim DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH in Anspruch nehmen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistung betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.

Ich/Wir freue/n mich/uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Freie und Hansestadt Hamburg
Sozialbehörde
Zentrum für Teilhabe
Eingliederungshilfe
Kurt-Schumacher-Allee 4
20097 Hamburg

Adresse des Kindes

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantragen für mein/unser Kind _____
geb.: _____ spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantragen parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitten deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung. Aus diesem Grund stelle/n ich/wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie.

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die Krankenkasse.

Ich/Wir möchte/n die Autismus Therapie beim DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH in Anspruch nehmen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistung betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.

Ich/Wir freue/n mich/uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Adresse Krankenkasse

Versicherten-Nr. (Kind)

_____

Adresse des Kindes

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantrage/n für mein/unser Kind _____
geb.: _____spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantrage/n parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitten deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung. Aus diesem Grund stelle/n ich/wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie.

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die Krankenkasse.

Ich/Wir möchte/n die Autismus Therapie beim DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH in Anspruch nehmen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistungen betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.

Ich/Wir freuen uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Stand: 01/2026