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 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 Zentrum für Teilhabe

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

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

Nachname: …… Vorname: ……

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

falls zutreffen: Aufenthaltstitel: □ unbefristet □ befristet, bis……

Anschrift:

……

……

Name und Anschrift der Krankenkasse (unbedingt ausfüllen):

……

……

Versicherungs-Nr. des/der Patienten/Patientin:

……

……

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

……

……

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden)

Nachname: …… Vorname: ……..

Tel.: ……

Mobil: ……..

Email:……..

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

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

Wenn ja, wie lautet sie?

……..

Wo wurde diese

.....……

Wann?.....

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

Wenn ja, wo und wann

…….

Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie 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

Erste Problembeschreibung

1. Beobachten Sie bei sich 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

Ihr Lebensraum

2. Welche Personen sind in Ihrem Leben wichtige Bezugspersonen?

…….

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

Wenn nein, weil…….

4. Leben Sie in einer betreuten Wohngruppe bzw. in einem Heim, von wann bis wann, in welcher/welchen Einrichtung/en:

Zeitraum	Name der Einrichtung

5. Besuchen Sie eine

□ Schule seit: ……. bis:……
□ Ausbildungsplatz seit: ……. bis:……
□ Arbeitsplatz seit: ……. bis:……
□ Werkstatt seit: ……. bis:……
□ Tagesfördereinrichtung seit: ……. bis:……
□ Sonstiges: …… seit: ……. bis:……

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

……
……Ansprechpartner:……
……
……

7. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie) erhalten Sie? Hatten Sie bereits einen Klinikaufenthalt?

Zeitraum	Art der Förderung/Therapie / Name der Klinik

Vorgeschichte

8. Welche (Kinder) Krankheiten oder Unfälle/Stürze hatten Sie - in welchem Alter?

Alter	(Kinder)Krankeiten/Unfälle etc.	Krankenhaus ja/nein

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

Hausarzt:

…….....

Psychiater/Neurologe:

……..

Psychotherapeut:

……

10. In welchem Alter ist Ihnen, oder Ihren Eltern zum ersten Mal etwas Außergewöhnliches an Ihnen aufgefallen?

.....

.....

Die ersten Auffälligkeiten waren:

…….....

11. Wurde bei Ihnen eine Elektroenzephalographie (EEG) oder eine Tomographie (CT/MRT etc.) durchgeführt?

□ ja □ nein

Wenn ja, wann: ..... wo: ……

Befund:

……..

……

…….

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

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

Sonstige:……

Folgende Befunde:……..

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

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

3. Welche Medikamente werden gegenwärtig verabreicht?

aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

4. Wurden Sie schonmal 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

5. Welche Maßnahmen wurden (ggf.) eingeleitet?

……
……

……
……

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

Wenn ja, wo?
……

Nahrungsaufnahme

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

8. Essen Sie immer die gleichen Dinge oder ist besonders wählerlisch beim Essen?
……

……
……
……

9. Besteht der Verdacht oder die Gewissheit, dass Sie nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel körperlich oder psychisch auffällig reagiert(en)?

……
……

……
……

10. Können Sie selbstständig für sich sorgen und kochen, einkaufen usw. oder benötigen Sie dabei Unterstützung?

……
……
……
……

Schlafverhalten

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

……
……

……
……

12. Welche Schlafgewohnheiten/Schlafroutine haben Sie?

……
……

……
……

Sprache

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

14. Wie gehen Sie in Kommunikation, um seine Bedürfnisse zu kommunizieren oder mitzuteilen?

……
……
……
……
……

15. Wurde in der Kita / Schule mit Teacch und Metacom gearbeitet? □ ja □ nein
Anderes: ……

16. Benutzen Sie andere Kommunikationsmittel, um sich mitzuteilen (Fotos, Computer, Talker)?
□ ja □ nein wenn ja, welche …….

17. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

□ monotone Sprechweise □ alles wiederholen, wie ein Echo

□ besondere Lautstärke □ wortwörtliches Verstehen

□ Redeschwall □ besonders exakte Aussprache

□ häufiger Wechsel zu einem Lieblingsthema □ nicht zuhören können

sonstige Auffälligkeiten:……..…….

Beziehungen zu anderen Menschen

18. Haben Sie enge Bezugspersonen und Freunde?
□ ja □ nein
Wenn ja, wie oft verabreden Sie sich? Und von wem geht die Kontaktaufnahme meist aus?
……
……
……
Wenn nein, leiden Sie darunter, dass Sie keine Freunde haben? □ ja □ nein

19. Wie gestaltet sich der Kontakt mit ihren Bezugspersonen? Was wird unternommen?
……

……
……
……

20. Wie geht es Ihnen nach Verabredungen und sozialer Interaktion?

……
……..
……
……..

21. Wie verhält verhalten Sie sich in sozialen Gruppen

□ nehme aktiv teil

□ sondere mich ab

□ sucht nur Kontakt, wenn ich etwas haben möchte

Sonstiges:

……

22. Haben Sie Verständnis für soziale Regeln („weiß was sich gehört“) □ ja □ nein

23. Wie verhalten Sie sich in der Begegnung mit fremden Menschen?

……
……
……
……

Umgang mit Gefühlen

24. Verhalten Sie sich aggressiv gegen

□ sich selbst

□ andere Personen

□ Gegenstände

□ zeigen keine übermäßigen Aggressionen

25. Sind Sie besonders ängstlich?

□ ja, ich habe besonders Angst……

□ nein

26. Können Sie Ihre eigenen Gefühle gut erkennen?

Wenn ja, wie zeigen sich diese Gefühle?

……

……

……

……

27. Können Sie die Gefühle anderer gut erkennen? □ ja □ nein

28. Gibt es Dinge, die Sie gar nicht mögen? (z.B. Körperkontakt, laute Geräusche)

……

……

……

……

29. Zeigen Sie Frustration, wenn es Begrenzungen/ Stopps von außen erhalten? Wenn ja, wie?

……

……

……

……

Besondere Verhaltensweisen

30. Gibt es Verhaltensweisen, die besonders auffallen?

……

……

……

……

31. Wie gehen Sie damit um, wenn die Tagesroutine verändert wird oder Dinge außerplanmäßig anders verlaufen?

……

……

……

……

32. Wie sieht der Alltag im häuslichen Umfeld aus? Gibt es Routinen, an denen Sie sich orientieren?

……

……
……
……..

33. Zeigen Sie Zwänge, Tics, Laute oder andere besondere Verhaltensweisen bei Stress oder Anforderungssituationen?

……
……
……
……

34. Zeigen Sie repititive Verhaltensweisen z.B. immer auf die gleiche Weise Sätze zu beginnen o.ä.?

……
……
……
……

35. Wie reagieren Sie auf äußere Reize z.B. Geräusche und Gerüche?

……
……
……
……

36. Haben Sie spezielle Interessen, oder Hobbies z.B. Musik, technische Sachverhalte, Computer, Kalenderdaten, Fahrtrouten, Fahrpläne, wenn ja welche:

……
……
……
……

37. Wie beruhigen Sie sich, wenn Sie gestresst sind?

……
……
……
……

38. Haben Sie Besonderheiten, wie Sie in Überforderungssituationen reagieren?

……
……
……
……

39. Haben Sie Lieblingsgegenstände, oder sammeln Sie etwas? Wenn ja, was

……

……

……

Wie reagiert es, wenn diese unauffindbar sind?

……

……

……

□ keine besonderen Lieblingsgegenstände

40. Gibt es Fähigkeiten, die Sie als überdurchschnittlich bezeichnen würden?

Wenn ja, welche

.....

……

…….

……

…….

41. Was wollen Sie gerne verändern, woran wollen Sie arbeiten?

……

…….

……

……

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

……

…….

……

…….

43. Wodurch erfuhren Sie von uns?

…….....

.....

44. Hatten Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens, wenn ja von wem?

……
……..

Datum ……

Name……

Unterschrift ……

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

Schule	Name	……
		……
	Straße	……
		…….
	PLZ, Ort	……
		……
	Telefon	…….
	E-Mail	
Arbeitsplatz	Name	……
		……
	Straße	……
		……
	PLZ, Ort	……
		……
	Telefon	……
		……
	E-Mail	……...

Neurologe	Name	……
		……
	Straße	……
		……
	PLZ, Ort	……
		……
	Telefon	……
		……
	E-Mail	
Psychotherapeut	Name	……
		……
	Straße	……
		……
	PLZ, Ort	……
		……
	Telefon	……
		……
	E-Mail	
Hausarzt	Name	……
		……
	Straße	……
		……
	PLZ, Ort	……
		……...
	Telefon	……
		……
	E-Mail	

Weitere:

……
……
……
……
……
……

Adresse des zuständigen Amtes

Adresse des/der Klienten/in

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich _____
geb.: _____ spezialisierte Autismustherapie.

Ich beantrage 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 ich 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 möchte 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. Alternativ melden Sie sich gerne telefonisch täglich von 9:00-12:00 unter 040 / 766 092 291/292

Ich freue mich über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um meine Inklusion in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Sorgeberechtige/r oder Vormund)

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

Adresse des/der Klienten/in

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage(n) ich/wir _____
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 Leistung betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.
Alternativ melden Sie sich gerne telefonisch täglich von 9:00-12:00 unter 040 / 766 092 291/292

Ich/Wir freue(n) mich/uns über eine umgehende Bewilligung, um meine/die Inklusion unserer Tochter/unseres Sohnes in der Teilhabe fokussiert weiter stärken zu können.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Sorgeberechtige/r oder Vormund)

Adresse Krankenkasse

Versicherten-Nr. (Klient/in)

_____

Wohnanschrift (Klient/in)

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantragen für mich/ unsere Tochter/ unseren Sohn

_____

geb.: _____spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantrage(n) parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitte(n) 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 meine/die Inklusion unserer Tochter/unseres Sohnes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

_____

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

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 von (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 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.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (ggf. Vormund)

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

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hinweis:
Um Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten zu können, muss ein Antrag gestellt werden. Dieser Antrag kann formlos erfolgen und dafür reicht es, wenn dem Fachamt konkret mitgeteilt wird, dass Sie eine bestimmte Unterstützungsleistung benötigen.

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.

Wenn Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein minderjähriges Kind stellen wollen, nutzen Sie bitte das Formular „Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein minderjähriges Kind“. 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 ☐ Besondere Wohnform ☐ Tagesförderstätte ☐ Werkstatt für behinderte Menschen ☐ 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)	

2. Persönliche Angaben

Name		ggf. Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus(-titel)	
Leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐ nein ☐ ja		
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?	☐ nein ☐ ja	**Wichtig: Bitte Kopie des Ausweises der Betreuerin oder des Betreuers / der Bevollmächtigung beifügen.**	
Name und Vorname der Betreuerin / des Betreuers / des Bevollmächtigten			
Adresse des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten			
Telefonnummer des Betreuers/ der Betreuerin / des Bevollmächtigten (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse des Betreuers / der Betreuerin / des Bevollmächtigten (Angabe freiwillig)			
Gibt es eine sonstige Ansprechperson bei Notfällen? (z.B. eine Assistenz zur Kommunikation)	☐ nein ☐ ja		
Name und Vorname der sonstigen Ansprechperson			
Adresse der sonstigen Ansprechperson			
Telefonnummer der sonstigen Ansprechperson (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse der sonstigen Ansprechperson (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 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 (z. B. Hilfe zur Erziehung) bezogen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Art	
		Jugendamt in	

3. Kranken- und Pflegeversicherung

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 ☐ private Kranken- und Pflegeversicherung und Beihilfe
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.

4. Aufenthaltsverhältnisse

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, ggf. Name der Einrichtung ……-…… …… ……-…… …… ……-…… …… ……-…… ……
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 ……-…… …… ……-…… …… ……-…… …… ……-…… ……

5. Vorrangige Ansprüche

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

6. Einkommens- und Vermögensprüfung

Grundsätzlich sind bei Leistungen der Eingliederungshilfe das Einkommen und Vermögen der antragstellenden Person bei der Gewährung der Leistung zu berücksichtigen. Jedoch wird bei einigen Leistungen oder beim Vorliegen besonderer Bedingungen kein Einkommens- und Vermögenseinsatz verlangt.			
Erhalten Sie Transferleistungen/ existenzsichernde Leistungen zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes oder wurden diese beantragt?	Beantragt: ☐ nein ☐ ja Bewilligt: ☐ nein ☐ ja	Wenn beantragt, nach welchem Gesetz	☐ SGB II (Bürgergeld) ☐ SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung) ☐ § 27a Bundesversorgungsgesetz ☐ § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Wichtig: Wenn Sie Transferleistungen bereits erhalten, fügen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid bei. Die folgenden Punkte brauchen Sie in diesem Fall nicht auszufüllen. Bitte weiter bei Punkt 7.

Wird eine der nachfolgenden Leistungen beantragt?	**Nein, dann weiter bei 6.1.**	**Ja, dann weiter bei 7.**
Heilpädagogischen Leistungen nach § 113 Absatz 2 Nummer 3 SGB IX	☐	☐
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 109 SGB IX	☐	☐
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Absatz 1 SGB IX	☐	☐
Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Absatz 1 Nummer 1 SGB IX	☐	☐
Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf nach § 112 Absatz 1 Nummer 2 SGB IX, soweit diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen erbracht werden	☐	☐
Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 113 Absatz 2 Nummer 5 SGB IX, soweit diese der Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Absatz 1 SGB IX dienen	☐	☐
Leistungen nach § 113 Absatz 1 SGB IX, die noch nicht eingeschulten leistungsberechtigten Personen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen	☐	☐

6.1. Einkommen aus dem Vorvorjahr und im aktuellen Jahr

Maßgeblich für Ihre mögliche Eigenbeteiligung an den Kosten für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres (Bsp.: bei Antragstellung im Jahr 2024 ist das Jahr 2022 maßgeblich) nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorvorjahres.

Wenn Ihre aktuellen Einkünfte sich erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres unterscheiden, dann kann geprüft werden, ob Ihre aktuellen Einkünfte statt der Einkünfte des Vorvorjahres zur Prüfung einer möglichen Eigenbeteiligung berücksichtigt werden. Zur Prüfung, ob Ihre jetzigen Einkünfte erheblich von denen des Vorvorjahres abweichen, werden zusätzlich aktuelle Einkommensnachweise benötigt. Angaben zum Einkommen des Partners/der Partnerin sind erst dann erforderlich, wenn sich aus Ihrem Einkommen eine Eigenbeteiligung ergäbe. Damit kann eine Erhöhung Ihres Freibetrages geprüft werden.

Wichtig: Bitte fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid für das Vorvorjahr bei. Sollte das aktuelle Einkommen erheblich von dem des Vorvorjahres abweichen, fügen Sie bitte zusätzlich geeignete Nachweise zur Höhe der Einnahmen und der Werbungskosten bzw. zur Höhe der Betriebseinnahmen und der Betriebsausgaben des laufenden Jahres bei (z. B. Arbeitsvertrag, Entgeltbescheinigung, aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung bzw. Einnahme-/Überschussberechnung, Rentenbescheide und ähnliche Unterlagen).

Art des Einkommens	**Brutto-Betrag**	
	Vorvorjahr (Jahreswert)	**Aktuelles Jahr (letzter Monat)**
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	EUR	EUR
Einkünfte aus gewerblicher Tätigkeit	EUR	EUR
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit	EUR	EUR
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (z.B. Werkstatteinkommen)	EUR	EUR
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividenden)	EUR	EUR

Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung	EUR	EUR
Renteneinkünfte	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte:……	EUR	EUR
Ich verfüge aktuell über kein Einkommen Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch:	☐ ja ……	
In meinem Haushalt leben ein oder mehrere Kinder, für die ich unterhaltspflichtig bin:	☐ nein ☐ ja und Anzahl:	

6.2. Vermögenswerte

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte mit einer gewissen Wertigkeit. Zum Vermögen gehören daher Geld- und Geldeswerte, sonstige Sachen und sonstige Rechte (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte). **Angaben zum Vermögen im Ausland sind ebenfalls erforderlich**. Bitte ausschließlich das Vermögen der antragstellenden Person angeben.

Wichtig: Alle Angaben sind mit aktuellen Nachweisen zu belegen. Bei allen kapitalbildenden Versicherungen sind der aktuelle Rückkaufswert anzugeben sowie eine Kopie des Versicherungsscheins vorzulegen.

Bargeld	EUR	Ansprüche aus Kapital- oder Risikolebensversicherungen	EUR
Bankguthaben (auch Tagesgeldkonto, u. ä.)	EUR	Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	EUR
Sparguthaben (auch Festgeldanlage u. ä.)	EUR	Schmuck oder Edelmetalle	EUR
Kontoguthaben bei Online-Bezahldiensten (z. B. PayPal)	EUR	Bestattungsvorsorgeverträge	EUR
Wertpapiere, Aktien, Geschäftsanteile	EUR	Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	EUR
Erbansprüche	EUR	Sonstiges Vermögen Art des Vermögens	EUR ……
Hauseigentum Eigentumswohnung(en) Sonstiger Grundbesitz	☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja	Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte Art der Forderung	EUR ……
Kraftfahrzeug(e)	☐ nein ☐ ja	Hersteller und Typ Baujahr Kilometerstand	…… …… ……Km

Wurden von Ihnen in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung Vermögen verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Bargeld, Grundstücke)?	☐ nein ☐ ja, Art:…….. Name, Vorname der schenkenden Person:…… Name, Vorname und Anschrift der beschenkten Person:…… Bitte beschreiben Sie ausführlich den Zeitpunkt, den Anlass sowie die Art und Weise des verschenkten Vermögens:

7. 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 / bevollmächtigten Person	
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin / bevollmächtigten 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 Antragsteller / Antragstellerin bzw. gesetzliche 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 Antragsteller/Antragstellerin bzw. gesetzliche 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

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.