

# StädteRegion Aachen

Amt für Soziales und Senioren (A 50.5)

- Eingliederungshilfe –

Zollernstr. 10, 52070 Aachen

## Eltern-Antrag auf Kostenübernahme für eine Schulbegleitung nach § 112 in Verbindung mit § 75 SGB IX

**Neuantrag** /geplanter Beginn ab \_\_\_\_\_  **Folgeantrag** \_\_\_\_\_

Name der Schule: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind:

Name:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Besteht Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind wohnhaft bei den Eltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei nein: wohnhaft bei wem, wo, seit wann? <input type="checkbox"/> Pflegeeltern: <input type="checkbox"/> _____ Name: _____ Tel: _____ seit: _____ Aufenthaltort vor Aufnahme in die Pflegefamilie:
Pflegschaft durch das Jugendamt?	Name: _____
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Pflegegrad _____
Krankenkasse (Name, Anschrift):	_____ _____
Versichertennummer:	_____

**Angaben zu den Eltern:**

	Mutter:	Vater:
Name:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Telefonnummer/n:		
E-Mailadresse:		

**Angaben zur Schule:**

---

Name der Schule

---

Anschrift der Schule

---

Telefonnummer der Schule

---

Faxnummer der Schule

---

Name der KlassenlehrerInnen

---

Klasse

**Welchen Anbieter der Schulbegleitung wünschen Sie?**

---

**Mein/ unser Kind**

bleibt an der Schule

bleibt in Klasse \_\_\_\_\_

wechselt die Schule

wechselt in Klasse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?**

Ja, es wurde folgender Förderschwerpunkt festgestellt: (Bitte Gutachten beifügen!)

Hören und Kommunikation  Sehen

Lernen  Sprache  geistige Entwicklung

körperlich-motorische Entwicklung  emotional-soziale Entwicklung

Ja, im Bereich \_\_\_\_\_

aber es liegt kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor.

Nein, es wurde noch kein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft, weil \_\_\_\_\_

---

---

**Sonderpädagogischer Förderplan vorhanden?**  nein  ja (bitte aktuellen Plan beifügen)

**Mein/Unser Kind erhält zurzeit folgende ergänzende Maßnahmen:**

Begleitung durch das Förderzentrum Sehen/ Hören/ Autismus/ \_\_\_\_\_

Autismusspezifische Therapie

Ergotherapie

Logopädie

Physiotherapie

Psychotherapie

Leistungen des Jugendamtes, und zwar \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Bei meinem/ unserem Kind liegen folgende ärztliche Diagnosen vor:**

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welche Unterstützung benötigt Ihr Kind bei lebenspraktischen/ pflegerischen Verrichtungen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Benötigt Ihr Kind medizinische Versorgung?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind eine medikamentöse Unterstützung während des Unterrichts (Verabreichung von Medikamenten in der Schule)?

---

Ja       nein

**Schulbegleitung ist bereits installiert:**

- nein                       ja  
 laut Stundenplan       für Teile des Stundenplans  
 1:1                       „Poolen“ mit Mitschüler/innen möglich?

**In welchen Fächern und warum ist die Schulbegleitung dringend erforderlich?**

---

---

---

---

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Aktuelle ärztliche Unterlagen
- Aktuelle/ letzte Berichte vom SPZ
- Befunde der Therapien (Frühförderung, Sprachtherapie, Physiotherapie usw.)
- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen
- Pflegegrad (MDK Gutachten)
- Stellungnahme der Schule, aktueller Stundenplan
- Befund zum AO-SF Verfahren (wenn es durchgeführt wurde)

**Hiermit beantrage ich für mein/unser Kind \_\_\_\_\_**

**die Kostenübernahme für eine Schulbegleitung**

- im bisherigen Umfang
- im Umfang von \_\_\_\_\_ Std. a 60 Min./ Woche

**X** \_\_\_\_\_

**Datum**

**Unterschrift/en der Eltern bzw. Sorgeberechtigten**

Wer Leistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich verpflichte mich, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind.

### Einverständniserklärung:

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben und die eingereichten Unterlagen im Rahmen der Betreuung meines/unseres Kindes und der Antragsbearbeitung verwandt werden. Dies gilt auch für die Weiterleitung der vorgelegten ärztlichen Unterlagen an das Gesundheitsamt zwecks Einholung einer Stellungnahme. Außerdem entbinde/n ich/wir den behandelnden Kinderarzt \_\_\_\_\_ (Vor-, Nachname, Anschrift, Tel.-Nr.) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der StädteRegion Aachen.

X \_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift/en der Eltern bzw. Sorgeberechtigten/gesetzliche/r Vertreter/in

## Hinweise zur Datenverarbeitung

Nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bestehen Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten gegenüber der betroffenen Person. Aus diesem Grunde gebe ich Ihnen folgende Informationen zu Ihrer Kenntnis.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Ihr Sozialamt oder den Datenschutzbeauftragten.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
A 50.5  
Zollernstr. 10, 52070 Aachen  
Tel.: 0241 / 5198-0  
Mail: info@staedteregion-aachen.de

### Datenschutzbeauftragter:

StädteRegion Aachen  
Die Datenschutzbeauftragte  
Zollernstr. 10, 52070 Aachen  
Tel.: 0241 / 5198-1410  
Mail: datenschutz@staedteregion-aachen.de  
De-Mail: datenschutz@staedteregion-aachen.de-mail.de

### Daten werden zu folgendem Zweck verarbeitet:

Bearbeitung des Antrages auf Leistungsgewährung nach dem SGB IX und Pflegegeld nach dem APG, Zahlbarmachung der Leistung, statistische Auswertung

### Kategorien der gespeicherten personenbezogenen Daten:

- Persönliche Daten, wie z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse
- Daten zur Leistungsgewährung, wie z.B. Einkommens- und Vermögensnachweise, Bedarfe für Unterkunft und Heizung, Daten zur Krankenversicherung

### Mögliche Empfänger gespeicherter Daten:

Im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenerfüllung können Daten an Dritte übermittelt werden. Dies ist intern z.B. die Städteregionskasse, extern sind dies z.B. Rententräger, Krankenkasse, Statistisches Bundesamt

### Dauer der Datenspeicherung:

Die personenbezogenen Daten werden während des Zeitraums der Leistungsgewährung gespeichert. Eine Löschung erfolgt nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 6 Jahren nach Ende der Leistungsgewährung.

### Ihr Recht auf Information, Berichtigung, Löschung, Widerruf der Einwilligung gem. Art. 15 bis 21 DSGVO:

Wenn Sie Auskunft zu den personenbezogenen gespeicherten Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihr Sozialamt. Sie erhalten dann Auskunft zu den Kategorien der gespeicherten personenbezogenen Daten, dem Verarbeitungszweck und der Dauer der Speicherung. Sie können jederzeit eine Korrektur fehlerhafter Daten, Komplettierung unvollständiger Daten oder Löschung nicht mehr benötigter Daten verlangen.

**Beschwerderecht:**

Sollten Sie mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch das Amt für Soziales und Senioren nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Nordrhein-Westfalen als Aufsichtsbehörde wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Nordrhein-Westfalen,  
Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf; Tel.: 0211 / 38424-0, Fax: 0211 / 38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)