

Antrag auf Eingliederungshilfe

gemäß §35a SGB VIII und §41 SGB VIII bzw. §§90 ff SGB IX

Stand: 02-2026

Eingangsstempel

Kreis Steinfurt | Der Landrat

Gemeinsame Anlaufstelle der
Eingliederungshilfe

Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt

Persönliche Angaben der leistungsberechtigten Person

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Mailadresse	Telefon
Geburtsdatum	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe

- Sofern es sich bei der Staatsangehörigkeit nicht um eine Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der EU handelt, fügen Sie bitte eine gültige Aufenthaltserlaubnis bei.

► Krankenversicherung

Name Krankenversicherung	Versicherungsnummer
--------------------------	---------------------

► Pflegegrad

1 2 3 4 5

beantragt, aber noch nicht entschieden:

nicht beantragt Antrag wurde abgelehnt:

Fortsetzung nächste Seite

► **(Schwer-) Behindertenausweis:**

Grad der Behinderung:

Merkzeichen: G aG H BL GL TBL B 1KL RF

beantragt, aber noch nicht entschieden:

nicht beantragt Antrag wurde abgelehnt:

► **Angaben zur Schule:**

► **Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf durch das Schulamt festgestellt?**

nein beantragt, aber noch nicht entschieden:

ja, mit folgenden Förderschwerpunkten:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lernen (LE) | <input type="checkbox"/> Sprache (SQ) | <input type="checkbox"/> emotionale und soziale Entwicklung (ESE) |
| <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation (HK) | | <input type="checkbox"/> Sehen (SE) |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung (GE) | | <input type="checkbox"/> körperliche und motorische Entwicklung (KME) |

▪ Bitte fügen Sie den Bescheid des Schulamtes bei.

Wird ein Angebot der offenen Ganztagschule (OGS) besucht?

ja nein nein, ist geplant ab nein, es gibt an der Schule keine OGS

► **Bitte erläutern Sie die Gründe, die zur Beantragung von Eingliederungshilfe führen**

Fortsetzung nächste Seite

► **Art der Beeinträchtigung:**

Für die Bearbeitung des Antrages ist der Nachweis einer psychischen, körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung erforderlich. Bitte fügen Sie aktuelle fachärztliche Diagnosen und Berichte bei.

psychisch

Autismus andere: Beeinträchtigung

geistig

Intelligenzminderung (geistige Behinderung)

<input type="text"/> IQ	<input type="text"/> festgestellt am
<input type="text"/> durch	

körperlich/Sinnesbeeinträchtigung

Hörbeeinträchtigung Sehbeeinträchtigung Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.)

andere körperliche Beeinträchtigung: Beeinträchtigung

Beruhet die psychische, geistige oder körperliche Beeinträchtigung auf Verschulden eines Dritten?

ja nein

► **Leistungsansprüche:**

Erhält die leistungsberechtigte Person Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)?

ja nein

Hat die leistungsberechtigte Person in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfe erhalten?

nein ja, Name der Behörde: Behörde

<input type="text"/> Aktenzeichen	<input type="text"/> Ende der Leistungen (Datum)
-----------------------------------	--------------------------------------------------

Fortsetzung nächste Seite

► **Sorgeberechtigung** Nur für minderjährige Leistungsberechtigte auszufüllen:

Angaben zum 1. Elternteil

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Straße Hausnummer	
PLZ	Ort
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Angaben zum 2. Elternteil

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Straße Hausnummer	
PLZ	Ort
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

- Sollte das alleinige Sorgerecht vorliegen, reichen Sie uns bitte den Nachweis darüber ein. Diesen erhalten Sie bei den Beistandschaften des zuständigen Jugendamtes

► **gesetzliche Vertretung** Nur für minderjährige Leistungsberechtigte auszufüllen:

- Vormundschaft Pflegschaft

Name	ggf. Behörde
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	

- Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.

► **rechtliche Vertretung** Nur für volljährige Leistungsberechtigte auszufüllen:

- rechtliche Betreuung Bevollmächtigung

Name	ggf. Behörde/Betreuungsbüro
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	

- Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. Vollmacht bei.

Fortsetzung nächste Seite

beantragte Leistungen der Eingliederungshilfe

Bitte füllen Sie nachfolgend entweder Teil A **oder** B aus und kreuzen jeweils die Leistungen an, die Sie beantragen möchten.

A Den folgenden Teil füllen Sie bitte nur bei Vorliegen einer ausschließlich psychischen Beeinträchtigung aus

Sollte zusätzlich eine geistige oder körperliche Erkrankung vorliegen, füllen Sie bitte Abschnitt „B“ aus.

ambulante Rehabilitationsmaßnahme

autismusspezifische Förderung

Schulbegleitung

Wird eine Begleitung im Rahmen der Schulbegleitung während der OGS gewünscht?

ja nein

Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe

tagesstrukturierende Maßnahme

stationäre Rehabilitationsmaßnahme

sonstige Leistung:

Kostenbeteiligung bei Anträgen auf Leistungen in teilstationärer oder stationärer Form:

Bei teilstationären und stationären Hilfen gemäß §§ 91 ff. Sozialgesetzbuch VIII hat eine Beteiligung an den Kosten der Hilfe zu erfolgen. Kindergeld und zweckbestimmte Leistungen wie zum Beispiel Halbwaisenrente, BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe fordert das Jugendamt bei stationären Maßnahmen grundsätzlich. Für ambulante Hilfen sieht das Gesetz zur Zeit keinen Kostenbeitrag vor.

- ▶ Bei Ansprüchen gegen Träger anderer Sozialleistungen (Rente, Kindergeld, Wohngeld, Berufsausbildungsbeihilfe, Krankenversicherung, etc.) sind die erforderlichen Anträge zu stellen.

Bitte füllen Sie den Antrag auf Seite 7 - Mitwirkungspflichten- weiter aus und überspringen Sie Teil B

B Den folgenden Teil füllen Sie bitte nur bei Vorliegen einer körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigung - auch zusätzlich zu einer psychischen Beeinträchtigung- aus

▶ **Schulbegleitung (Teilhabe an Bildung)**

Wird eine Begleitung im Rahmen der Schulbegleitung während der OGS gewünscht?

ja nein

möglicher Leistungserbringer

▶ **autismusspezifische Förderung**

Haben Sie bereits Kontakt mit einem Leistungserbringer („Autismusambulanz“) aufgenommen?

nein

ja, mit folgendem Leistungserbringer:

Leistungserbringer

▶ **Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe**

▶ **Hilfsmittel für die Teilhabe an Bildung**

- Bitte fügen Sie die ärztliche Verordnung, 3 Kostenvoranschläge sowie eine schriftliche Begründung über die Notwendigkeit und die beabsichtigte Verwendung des Hilfsmittels bei.

▶ **Hilfsmittel für die Soziale Teilhabe**

- Bitte fügen Sie die ärztliche Verordnung, 3 Kostenvoranschläge sowie eine schriftliche Begründung über die Notwendigkeit und die beabsichtigte Verwendung des Hilfsmittels bei.

▶ **Leistungen für Wohnraum**

- Bitte fügen Sie eine schriftliche Erläuterung sowie ggf. erläuternde Unterlagen bei

▶ **Leistungen zur Mobilität (ohne „Leistungen zur Beförderung“)**

- Bitte fügen Sie eine schriftliche Erläuterung sowie ggf. erläuternde Unterlagen bei.

▶ **sonstige Leistung:**

Leistung

Bitte fügen Sie eine schriftliche Erläuterung sowie ggf. erläuternde Unterlagen bei.

Sofern Sie „Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe“, „Hilfsmittel für die Soziale Teilhabe“, „Leistungen für Wohnraum“ oder „Leistungen zur Mobilität“ beantragen, füllen Sie bitte die Anlage „Angaben zum Einkommen und Vermögen“ aus, da in diesem Fall zu den Aufwendungen ggf. ein Beitrag aus dem Einkommen und Vermögen aufzubringen ist.

Mitwirkungspflichten

Ich/Wir habe/n zur Kenntnis genommen, dass ich/wir gem. § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet bin/sind, alle Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen sowie Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Insbesondere werde/n ich/wir jede Veränderung in den Aufenthaltsverhältnissen sowie im Sorgerecht unverzüglich mitteilen.

Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten, zum Austausch von Dokumenten und Schweigepflichtentbindung

Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und zur Abwicklung der Leistungen der Eingliederungshilfe ist es erforderlich, dass Daten erhoben werden und mit verschiedenen Stellen Dokumente wie z.B. Bescheide und Informationen, die die leistungsberechtigte Person betreffen, ausgetauscht werden.

Ich/wir erkläre/n mich/uns daher damit einverstanden, dass das Jugendamt des Kreises Steinfurt und das Amt für Soziales und Pflege des Kreises Steinfurt bezogen auf die Leistungen der Eingliederungshilfe für

Name	Vorname
Geburtsdatum	

Daten erheben sowie Dokumente und Informationen untereinander sowie mit den folgenden Stellen austauschen:

- wirtschaftliche Jugendhilfe des Kreises Steinfurt
- Schulamt des Kreises Steinfurt
- Bezirksregierung Münster
- Praxis Via*log
- Jugendämter der Städte Emsdetten, Greven, Rheine und Ibbenbüren

-
- aktuell besuchte Schule/Kindergarten
-
- behandelnde Haus-/Kinderarztpraxis
-
- behandelnde Facharztpraxis, z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Praxis
-
- Kranken-/Pflegekasse
-
- Leistungserbringer für die gewährte Eingliederungshilfeleistung (z.B. Arbeitgeber der Schulbegleitung oder Assistenzkraft)
-
- Fördereinrichtung für die autismspezifische Förderung
-
- sonstige mit der leistungsberechtigten Person befasste Stelle

- Insoweit entbinde/n ich/wir die oben genannten Stellen von der Pflicht zur Verschwiegenheit.
- Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir die Einverständniserklärung zur Datenerhebung sowie zum Austausch von Dokumenten und die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.
- Die dem Antrag beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen.

Hinweis: Besteht ein gemeinsames Sorgerecht, ist die Unterschrift von **beiden** sorgeberechtigten Elternteilen erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der volljährigen leistungsberechtigten Person bzw. der/s Sorgeberechtigten bzw. der gesetzlichen/rechtlichen Vertretung

Ort, Datum

Unterschrift der/s weiteren Sorgeberechtigten

Hinweise zum Datenschutz

gemäß Artikel 13 Absatz 1 und Absatz 2 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

1. Verantwortlicher

Kreis Steinfurt | Der Landrat
Tecklenburger Str. 10 | 48565 Steinfurt
Telefonnummer 02551 69-0
post@kreis-steinfurt.de
www.kreis-steinfurt.de

2. Datenschutzbeauftragter

Kreis Steinfurt
Datenschutzbeauftragter
Tecklenburger Str. 10 | 48565 Steinfurt
Telefonnummer 02551/69-1285
datenschutz@kreis-steinfurt.de

3. Aufsichtsbehörde

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4 | 40213 Düsseldorf
Telefonnummer 0211/38424-0 | Fax 0211/38424-999
poststelle@ldi.nrw.de
www.ldi.nrw.de

4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden erhoben, um die Anspruchsvoraussetzungen der Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII bzw. §§ 90ff SGB IX zu prüfen und diese Leistungen abzuwickeln. Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer Daten sind §§ 35, 60 SGB I, §§ 25, 143 SGB IX und §§ 67ff SGB X.

5. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern weitere Daten erhoben werden müssen, werden diese ausschließlich zu gesetzlichen Zwecken bei Dritten erhoben.

6. Datenweitergabe an Dritte

Zur Erfüllung der Aufgaben kann es erforderlich sein, dass die Daten im Einzelfall an Dritte weitergegeben werden (z.B. wirtschaftliche Jugendhilfe des Kreises Steinfurt, Jugendamt des Kreises Steinfurt, Amt für Soziales und Pflege des Kreises Steinfurt, aktuell besuchte Schule, behandelnde Haus-/Kinderarztpraxis, behandelnde Facharztpraxis, Kranken-/Pflegekasse, Leistungserbringer für die gewährte Eingliederungshilfeleistung). Die Datenweitergabe erfolgt ausschließlich zu gesetzlichen Zwecken.

7. Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht oder vernichtet.

8. Rechte der Betroffenen

Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DS-GVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DS-GVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DS-GVO). Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei der oben genannten Aufsichtsbehörde.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Sie haben in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird dadurch nicht berührt.

10. Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Sie sind zur Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet. Diese Pflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Sofern Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, können die Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.