

StädteRegion Aachen
 Amt für Soziales und Senioren (A 50.5)
 – Eingliederungshilfe –
 Zollernstr. 10, 52070 Aachen

Ihre Ansprechpartnerinnen: *Barbara Klinkhammer: 0421-5198-5035* und *Kerstin Wolff: 0241-5198-5042*

Eltern-Antrag auf Kostenübernahme für Autismustherapie nach § 112 in Verbindung mit § 75 SGB IX

Neuantrag /geplanter Beginn ab _____ **Folgeantrag** _____

Leistungsanbieter: _____

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: _____ Aufenthaltsort 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:		
Staatsangehörigkeit:		
Anschrift:		
Telefonnummer/n:		
E-Mailadresse:		

Mein/Unser Kind erhält zurzeit folgende ergänzende Maßnahmen:

- Begleitung durch das Förderzentrum Sehen/ Hören/ Autismus/
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Leistungen des Jugendamtes, und zwar
- Sonstige:

Bei meinem/ unserem Kind liegen folgende ärztliche Diagnosen vor:

- vom.....(Datum)

Welche Unterstützung benötigt Ihr Kind bei lebenspraktischen/ Pflegerischen Verrichtungen?

Benötigt Ihr Kind medizinische Versorgung?

Ist eine Schulbegleitung vorhanden:

nein

ja

und zwar im Umfang von (Std/Woche):-----

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Aktuelle ärztliche Unterlagen (die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Autismustherapie vorhanden sind)
- Aktuelle/ letzte Berichte vom SPZ
- Befunde der Therapien (Frühförderung, Sprachtherapie, Physiotherapie usw.)
- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen
- Pflegegrad (MDK Gutachten)
- Stellungnahme des Leistungsanbieters, aktueller Förderplan
- Befund zum AO-SF Verfahren (wenn es durchgeführt wurde)

**Hiermit beantrage ich für mein/unser Kind _____
die Kostenübernahme für eine Autismustherapie**

- im bisherigen Umfang
- im Umfang von _____ Std./Jahr

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