Landkreis
Darmstadt-Dieburg
Zukunft. Regional. Leben.

Kreisverwaltung Darmstadt-Dieburg
Fachbereich Soziales und Teilhabe
Eingliederungshilfe
64276 Darmstadt

Antrag auf Eingliederungshilfe

für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII und SGB IX

1. Angaben zum Kind / Jugendlichen			
Nachname, Vorname:			
Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Nationalität:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			

2. Angaben zur Kindertagesstätte / Schule	
Name:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Name, Vorname des Kindes

3. Angaben zur ersten sorgeberechtigten Person			
Anrede:	☐ Herr ☐ Frau ☐ geschlechtsneutrale Anrede	Titel:	
Nachname, Vorname:			
Geburtsdatum:		Anschrift wie unter Punkt 1:	☐ Ja ☐ Nein
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
E-Mail-Adresse:			
Telefon / Mobil:			
Ist eine weitere Person sorgeberechtigt?	☐ Ja ☐ Nein *(Falls „Nein", weiter mit Punkt 5.)*		

4. Angaben zur zweiten sorgeberechtigten Person			
Anrede:	☐ Herr ☐ Frau ☐ geschlechtsneutrale Anrede	Titel:	
Nachname, Vorname:			
Geburtsdatum:		Anschrift wie unter Punkt 1:	☐ Ja ☐ Nein
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
E-Mail-Adresse:			
Telefon / Mobil:			

5. Sonstige Angaben	
Lebt das Kind in einer besonderen Wohnform (Einrichtung) oder ist dies beabsichtigt?	☐ Ja ☐ Nein
Ist das Kind in einer anderen Familie oder bei einer anderen Person untergebracht?	☐ Ja ☐ Nein

6. Vorherige Adresse *(nur bei Unterbringung in einer besonderen Wohnform oder bei einer anderen Familie / Person)*	
Wo war die letzte private Adresse vor Aufnahme in die besondere Wohnform oder bei der anderen Familie / Person?	
☐ Adresse wie 1. sorgeberechtige Person ☐ Adresse wie 2. sorgeberechtigte Person	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Name, Vorname des Kindes

7. Bemerkungen

8. Welche Unterlagen fügen Sie diesem Antrag auf Eingliederungshilfe bei?

☐ **Diagnostik**

☐ **Sonstiges:** _____

Der Antrag kann auch ohne entsprechende Nachweise gestellt werden. Erforderliche Unterlagen werden dann per Post nachgefordert.

Ort, Datum

*Unterschrift 1. Sorgeberechtigte*r / gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in*

Ort, Datum

*Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r / gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in*

Landkreis
Darmstadt-Dieburg
Zukunft. Regional. Leben.

Name, Vorname des Kindes

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII und SGB IX

Für folgende Person wurde beim Landkreis Darmstadt-Dieburg, Fachbereich Soziales und Teilhabe, Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII bzw. SGB IX beantragt:

Nachname, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

☐ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich/Wir willige/n ein, dass dem Eingliederungshilfeträger von den behandelnden Ärzt*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen und Einrichtungen Auskünfte über den Gesundheitszustand meines/unseres o. g. Kindes erteilt werden, sofern dies für die Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die Personen und Einrichtungen, hierzu von anderen erhalten haben.

Insbesondere bin ich/sind wir damit einverstanden, dass eine ärztliche Stellungnahme an das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg weitergeleitet wird, um den Hilfebedarf aus ärztlicher Sicht zu schildern.

Des Weiteren bin ich/sind wir damit einverstanden, dass der Eingliederungshilfeträger gegenüber den behandelnden Ärzt*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen und Einrichtungen Informationen zur Teilhabeplanung weitergeben darf.

☐ Diese Schweigepflichtentbindung gilt für **alle** behandelnden Ärzt*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen und Einrichtungen.

☐ Diese Schweigepflichtentbindung gilt ausdrücklich nur für folgende Ärzt*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen und Einrichtungen:

Name, Fachrichtung, Anschrift:
Name, Fachrichtung, Anschrift:
Name, Fachrichtung, Anschrift:
Name, Fachrichtung, Anschrift:

Landkreis Darmstadt-Dieburg
Zukunft. Regional. Leben.

Name, Vorname des Kindes

☐ Schweigepflichtentbindung der Kindertagesstätte/Schule

Bezüglich des Antrags auf Eingliederungshilfe für mein/unser o. g. Kind entbinde ich/entbinden wir folgende Kindertagesstätte und/oder Schule von ihrer Schweigepflicht:

Name und Anschrift der Kindertagesstätte:

Name und Anschrift der Schule:

Ich/Wir berechtigen zudem das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg, mit Vertreter*innen der Kindertagesstätte/Schule über unser Kind und ggf. einzuleitende Maßnahmen zu sprechen.

☐ Schweigepflichtentbindung des Leistungserbringers

Bezüglich des Antrags auf Eingliederungshilfe für mein/unser o. g. Kind entbinde ich/entbinden wir folgende Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht:

Name und Anschrift des Leistungserbringers:

Name und Anschrift des Leistungserbringers:

Ich/Wir berechtigen zudem das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg, mit Vertreter*innen der Leistungserbringer über unser Kind und ggf. über einzuleitende Maßnahmen zu sprechen.

Hinweise

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt.

Soweit Sie keine Einwilligungserklärung erteilen oder diese später ganz oder teilweise widerrufen, hat dies zur Folge, dass erforderliche Informationen und medizinische Unterlagen direkt von Ihnen angefordert werden. Können diese nicht in ausreichendem Umfang vorgelegt werden, ist es möglich, dass über den Antrag auf Eingliederungshilfe für Ihr Kind wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Auskünfte werden nach § 67a Abs. 1 S. 1 SGB X nur dann erhoben, wenn sie **erforderlich** sind, um über die Gewährung von Eingliederungshilfe zu entscheiden.

Der Eingliederungshilfeträger darf Daten, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, mit anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Versorgungsämter, Berufsgenossenschaften, Sozialämter, Jobcenter, Jugendämter usw.) **austauschen** oder an Gerichte (z. B. Sozialgericht) **weitergeben**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf der Eingliederungshilfeträger diese Daten auch an sonstige Dritte (z. B. an beauftragte Gutachter*innen, Leistungserbringer*innen oder an das zuständige Staatliche Schulamt) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihrem Kind eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ort, Datum — *Unterschrift 1. Sorgeberechtigte*r / gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in*

Ort, Datum — *Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r / gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in*

Stand: 05/2025

Drucken | Speichern | Zurücksetzen