

**Sozialhilfeträger:**

**AZ:**

## **Formblatt HB/A**

---

Ort, Datum

Zur Vorlage beim

**Träger der Sozialhilfe**

**Schulamt**

### **Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII**

Persönliche Angaben (vom/von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichen Vertreter/in selbst auszufüllen)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnort, Straße, Kreis ggf. Telefon-Nummer

Letzter Beruf/Tätigkeit

Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste

- 1.
- 2.
- 3.

Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. bei bestehendem  
Betreuungsverhältnis des Betreuers  
(ggf. Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

## Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII und zur Hilfeplanung benötigt.

Das Ergebnis des Verfahrens zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung (HMB-W-Verfahren) ist Bestandteil der Dokumentation.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I).

## Einwilligungserklärung

### Einholung von Auskünften/Untersuchung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, nämlich

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt, durch ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus/durch den Medizinisch-Pädagogischen Fachdienst Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und im Formblatt Hb dokumentiert werden.

Ja  Nein

### Übermittlung von Daten an den Träger der Sozialhilfe/das Schulamt

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Sozialleistungsträger übermittelt werden. Sofern zur Erfüllung einer Sonderschulpflicht Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, bin ich damit einverstanden, dass die Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Behinderung sowie ggf. die Angabe der zutreffenden Hilfebedarfsgruppe in Heimsonderschulen dem zuständigen Schulamt übermittelt werden, da dieses über die Sonderschulpflicht bzw. über die Notwendigkeit einer Heimaufnahme schulrechtlich entscheidet.

Ja  Nein

### Weitergabe von Daten an andere Dritte (s. Text)

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger, an das Schulamt und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja  Nein

### Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben)!

Ja  Nein

---

Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in