



Sozialhilfeträger: Landkreis Schwäbisch Hall, Münzstraße 1, 74523 Schwäbisch Hall

---

EGH-Träger

---

AZ

**Träger der Eingliederungshilfe:**

**AZ:** \_\_\_\_\_

**Formblatt HB/A**

---

Ort, Datum

Zur Vorlage beim

**Träger der Eingliederungshilfe**

**Staatliches Schulamt**

**Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX**

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)



## Sozialhilfeträger: Landkreis Schwäbisch Hall, Münzstraße 1, 74523 Schwäbisch Hall

### 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 IX, SGB XII und zur Hilfeplanung benötigt.

Das Ergebnis des Verfahrens zur Ermittlung des Hilfebedarfs 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:

- Hinweise zum Datenschutz gemäß Art. 13, 14 DS-GVO vom jeweiligen Verantwortlichen gesondert erhalten;
- Sie 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/Untersuchungen

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen, Ärzten und Therapeuten 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 Eingliederungshilfe/das Staatliche 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 Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden. Sofern zur Erfüllung der Schulpflicht 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 Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit Internat bzw. am Heim dem zuständigen Staatlichen Schulamt übermittelt werden, da dieses über den sonderpädagogischen Bildungsanspruch bzw. über die Notwendigkeit einer Internats- bzw. 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 Staatliche 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, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

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

- Ja  Nein

---

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