



Landratsamt Weimarer Land  
Sozialamt  
Allgemeiner Sozialer Dienst  
Bahnhofstraße 28  
99510 Apolda

Behörde/Eingangsstempel

## Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe (Frühförderung) für Kinder bis zum Schuleintritt

### Persönliche Angaben des Kindes

<b>Name, Vorname</b>	
Geburtsdatum, Ort	
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache	

Name und Anschrift der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Liegt ein Pflegegrad nach SGB XI vor?	<input type="checkbox"/> ja    ⇒ <b>Pflegegrad:</b> _____ <input type="checkbox"/> nein    ⇒ <input type="checkbox"/> Pflegegrad abgelehnt <input type="checkbox"/> Pflegegrad nicht beantragt
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<b>GdB:</b> <b>Merkzeichen:</b> <input type="checkbox"/> in Beantragung

### Eltern bzw. andere Personensorgeberechtigte

<b>Elternteil I</b> <i>(Name, Vorname)</i>	<b>Elternteil II</b> <i>(Name, Vorname)</i>	<b>andere Personensorgeberechtigte</b> <i>(Name, Vorname)</i>
<b>Wohnanschrift</b>	<b>Wohnanschrift</b>	<b>Wohnanschrift</b>
<b>Telefon</b>	<b>Telefon</b>	<b>Telefon</b>
<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<b>Muttersprache</b>	<b>Muttersprache</b>	<b>Muttersprache</b>

### Erklärung zum Sorgerecht

- Eltern sind gemeinsam sorgeberechtigt \*
- sorgeberechtigt ist nur die Kindesmutter \*
- sorgeberechtigt ist nur der Kindesvater \*
- andere Sorgeberechtigte (z.B. Großeltern, Pflegeeltern, Geschwister, gesetzlicher Vormund) \*

↳ Erläuterung: .....

**\* Der Sorgerechtsnachweis ist dem Antrag beizufügen.**

### Angaben zur Kindertageseinrichtung

Name der Einrichtung		
Einrichtungsträger		
Anschrift		
Tel.:-Nr. / E-Mail		
Aufnahmedatum des Kindes		

- Ganztagsplatz     
  Halbtagsplatz     
  Kind besucht keine Kindertageseinrichtung

### Angaben zu den behandelnden Ärzten

Name des behandelnden Kinderarztes	Anschrift / Telefonnummer
ggf. Sozialpädiatrisches Zentrum	Anschrift / Telefonnummer
Namen der Fachärzte (u.a. Augenarzt, HNO, Klinik)	Anschrift / Telefonnummer

**Angaben über bereits in Anspruch genommene medizinisch-therapeutische Leistungen (Heilmittel) und weitere Hilfen in den letzten 12 Monaten**

	Fachrichtung / Leistungen / Hilfen	Name der Praxis / Einrichtung und Kontaktdaten	Zeitraum (von – bis)
<input type="checkbox"/>	<i>Logopädie</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Ergotherapie</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Physiotherapie</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Beratungsangebote (z.B. Frühförderstelle, EUTB oder andere Beratungsstellen, Jugendamt)</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Psychotherapie</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Krankenhausaufenthalte</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>sonstige Leistungen (z.B. Orthopädietechnik, Optiker, Kuraufenthalte)</i>		

**Angaben zum Antragsgrund / Was veranlasste Sie zum Antrag?**

**Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen.**

⇒ **Dazu weisen wir darauf hin, dass der Antrag nur bei Vollständigkeit der Unterlagen bearbeitet werden kann.**

- Schweigepflichtentbindung** (Anlage 1)
- Geburtsurkunde**
- Sorgerechtsnachweis**
  - ⇒ *gemeinsame elterliche Sorge (Eheurkunde oder Sorgerechtserklärung oder Gerichtsurteil)*
  - ⇒ *alleinige elterliche Sorge (Negativauskunft über das Sorgerecht oder Gerichtsurteil)*
- zum Zeitpunkt der Antragstellung **vorliegende ärztliche / therapeutische Befunde und/oder Fach-/Arztberichte, ggf. Vorsorgeuntersuchungen** (u.a. Anlage 2)
- Einschätzung der Kindertagesstätte** (Anlage 3)
- .....

**Hinweise zur Mitwirkungspflicht**

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sie sind verpflichtet, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen.

Soweit sich die persönlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Umzug, Änderung im Sorgerecht) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, ist dies unaufgefordert dem Eingliederungshilfeträger mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Die Vorschriften meiner Mitwirkungspflicht, die Grenzen sowie die Folgen fehlender Mitwirkung gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) habe ich zur Kenntnis genommen (siehe **Merkblatt im Anhang**).

**Hinweise zur Schweigepflichtentbindung und Datenerhebung / Datenübermittlung**

**Für den vorstehenden Antrag bin ich damit einverstanden**, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den angegebenen Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Im Fall der Bewilligung einer Komplexeleistung willige ich ein**, dass eine Kopie des Bescheides über die beantragte Leistung an den verantwortlichen Arzt, die Frühförderstelle und die zuständige Krankenkasse übermittelt wird.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz (Anlage) gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.

Datum	Name, Vorname der Personensorgeberechtigten	Unterschrift

**Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht**  
(§§ 67, 100 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – SGB X)

*Angaben zum Kind*

<b>Name, Vorname</b>	
Geburtsdatum, Ort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Name d. Sorgeberechtigten	

Die Schweigepflichtentbindung wird zur Feststellung der Leistungsberechtigung infolge der Bearbeitung eines Antrages auf Bewilligung/Weiterbewilligung von Eingliederungshilfeleistungen benötigt.

**Für den vorstehenden Antrag im Rahmen der Leistungsgewährung der Eingliederungshilfe bin ich damit einverstanden**, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den angegebenen Ärzten, Therapeuten und Einrichtungen angefordert werden können. Hierzu gehören u.a. ärztliche und psychologische Gutachten, Untersuchungsunterlagen, Berichte über bisherige Therapieverläufe (u.a. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychologen etc.) und während der Antragstellung/laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte. Dies beinhaltet auch die Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe.

Soweit vorhanden, darf Einsicht in die Schwerbehindertenakte genommen werden.

**Ich willige ein**, dass die behandelnden Ärzte, das SPZ oder zuständige Gesundheitsamt zum Zwecke der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen wiederkehrend Befunde an den/die zuständige(n) Bearbeiter weiterleiten.

**Ich entbinde am Verfahren beteiligte** pädagogische, psychologische, medizinische und therapeutischen Fachkräfte sowie beteiligte Rehabilitationsträger der Leistungsgesetze der Sozialgesetzgebung (Pflege-, Krankenversicherung, Jugendamt etc.) von deren Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass im Zusammenhang mit meiner Angelegenheit Auskünfte auch von Dritten bzw. Mitteilung an Dritte (u. a. Leistungserbringer, Bevollmächtigte etc.) gemacht werden können, deren Beteiligung sich aus der Leistungsgewährung ergibt.

Diese Erklärung besteht bis zur Beendigung der Leistungsgewährung im Rahmen der Eingliederungshilfe durch den Träger der Eingliederungshilfe bzw. bis auf Widerruf meinerseits.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen <b>nicht</b> einverstanden:	
---	--

Datum	Name, Vorname der Personensorgeberechtigten	Unterschrift



Rücksendung bitte an:

Landratsamt Weimarer Land  
 Sozialamt  
 Allgemeiner Sozialer Dienst  
 Bahnhofstr. 28  
 99510 Apolda

**Ärztliche Bescheinigung** (vom behandelnden Kinderarzt / Facharzt auszufüllen)

zur Feststellung der Teilhabebeschränkung für Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Kinder in Form beantragter heilpädagogischer Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

**Persönliche Angaben des Kindes**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

**Zustandsbeschreibung / Diagnosen des Arztes**

	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Allgemeine Anamnese**

**Schwangerschaft**  unauffällig  Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**Geburt**  unauffällig erfolgte in der Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

bisherige Entwicklung	Wann? Lebensmonat	unauffällig	auffällig	Bemerkungen:
freies Sitzen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
freies Laufen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
erste Worte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
2-Wortsätze	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Verhalten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Sauberkeitserziehung	_____	abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Enuresis nocturna / diurna	<input type="checkbox"/> Enkopresis

**Geht die Krankheit/Beeinträchtigung auf einen Unfall zurück (auch während der Schwangerschaft) oder ist sie Folge eines Impfschadens oder einer Gewalttat?**

- nein
- ja, folgender (Art und Umfang): \_\_\_\_\_

**aktuelle Entwicklungseinschätzung** (zum Ankreuzen)

	altersentsprechend	leicht unterdurchschnittlich (3 - 6 Monate)	deutlich unterdurchschnittlich (> 6 Monate)
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachwortschatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artikulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sozio-emotionale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Liegt eine Störung der Sinnesorgane vor?**

- Sehbeeinträchtigung**  nein  ja ⇒ \_\_\_\_\_
- Hörbeeinträchtigung**  nein  ja ⇒ \_\_\_\_\_

**Form und Umfang medizinisch-therapeutischer Leistungen**

	keine	wird angebahnt	wird gegenwärtig durchgeführt	bereits beendet
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPZ - Anbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**weitere Befunde / Anmerkungen** (soweit sie für die geplante Leistung von Bedeutung sind):

Datum	Unterschrift, Arzt	Stempel
-------	--------------------	---------



Rücksendung bitte an:

Landratsamt Weimarer Land  
 Sozialamt  
 Allgemeiner Sozialer Dienst  
 Bahnhofstr. 28  
 99510 Apolda

## Einschätzung der Kindertageseinrichtung

zur Feststellung der Teilhabebeschränkung für Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Kinder in Form beantragter heilpädagogischer Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

### Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Ort	
Anschrift	
Familiensituation	

### Angaben zur Einrichtung

Name der Kindertageseinrichtung			
Anschrift			
Tel.-Nr. / E-Mail			
Aufnahme des Kindes in die Kita			
Name Bezugserzieher/in		Name der Gruppe	

Wurde im Vorfeld die **Beratung für Kinder mit besonderem Förderbedarf** in Anspruch genommen?

nein

ja ⇒ Ansprechpartner:

↳ Mit welchem Ergebnis?

### Ressourcen / Stärken / Vorlieben des Kindes

**Einschätzung des Entwicklungsstandes des Kindes**

(Falls der vorgeschriebene Platz nicht ausreichend ist – bitte ein Zusatzblatt benutzen!)

Auffälligkeiten und / oder Verzögerungen	Einschätzung der TEILHABEEINSCHRÄNKUNG im jeweiligen Bereich	
	nein	ja → <b>Begründung</b>
körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
sozial-emotionale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →

**Beobachtung und Dokumentation der Entwicklung des Kindes**

Folgende Entwicklungsdokumentation ist als Anlage beigefügt:

Entwicklungsprofil nach K. Beller Auswertungsdatum: .....

andere Beobachtungsinstrumente: ..... Auswertungsdatum: .....

**Zur Feststellung der Teilhabeeinschränkung bitten wir um Ihre Mitwirkung und Beantwortung der o.g. Fragen. Bitte fügen Sie auch die Dokumentation der Entwicklungsbeobachtung für das o.g. Kind in Kopie hinzu. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Datum	Name, Unterschrift Bezugserzieher/in	Name, Unterschrift Kita-Leitung
-------	--------------------------------------	---------------------------------



## **Merkblatt: Hinweise zur Mitwirkungspflicht**

### **Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat nach § 60 SGB I insbesondere**

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.

### **Eine Mitteilungspflicht besteht insbesondere, wenn**

- a. der Leistungsberechtigte und die mit ihm im Haushalt lebenden Personen Einnahmen erzielen. Die Mitteilungspflicht ist auch zu erfüllen, wenn die Einnahmen nur vorübergehend erzielt werden.
- b. sich der Bestand des vorhandenen Vermögens (z.B. durch Kauf, Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Scheidung) ändert;
- c. der Leistungsberechtigte oder ein Mitglied der Haushaltsgemeinschaft den Haushalt verlässt (z.B. bei Tod, Trennung) oder eine weitere Person in den Haushalt aufgenommen wird
- d. die Wohnung gewechselt werden soll oder wurde

Die Mitwirkungspflichten obliegen bei geschäftsunfähigen oder in ihrer Geschäftsfähigkeit eingeschränkten Personen deren gesetzlichen Vertretern.

### **Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers**

- a. zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer notwendiger Maßnahmen persönlich bei der Behörde erscheinen (§ 61 SGB I).
- b. sich medizinischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit dies für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist (§ 62 SGB I).

Mitwirkungspflichten entfallen nur dann, wenn ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Frage kommenden Sozialleistung steht, wenn sie dem Betroffenen nicht zugemutet werden können oder wenn sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse mit einem geringeren Aufwand beschaffen kann. Darüber hinaus können Angaben, die den Leistungsberechtigten oder ihm nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens aussetzen, verweigert werden (§ 66 SGB I).

### **Folgen fehlender Mitwirkung, Einschränkung des Hilfeanspruches**

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§ 66 SGB I).

Wer seine häuslichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse falsch angibt, oder die erforderlichen Mitteilungen an die Sozialhilfebehörde unterlässt, gefährdet die rechtmäßige Leistungserbringung. Ist der Tatbestand des Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch erfüllt, muss mit strafrechtlicher Verfolgung gerechnet werden. Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind zu erstatten.

Können Leistungsberechtigte durch Annahme zumutbarer Unterstützungsangebote Einkommen erzielen, sind sie hierzu sowie zur Teilnahme an einer erforderlichen Vorbereitung verpflichtet.





## Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten

(Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO - Direkterhebung beim Betroffenen)

Um unsere Aufgaben nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zu erfüllen, verarbeitet das Landratsamt Weimarer Land Ihre Daten. Wir möchten Sie gerne nach Maßgabe des Art. 13 DS-GVO über die Verarbeitung informieren.

### 1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a) DS-GVO)

**Verantwortlicher:** Kreis Weimarer Land, Die Landrätin, Bahnhofstraße 28, 99510 Apolda

**Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:**

**Geschäftsbereich/ Amt:** Sozialamt

**Sachgebiet:** Hilfe zur Lebenssicherung / Allgemeiner Sozialer Dienst

**Kontakt:** **Telefon:** 03644/540-741; **E-Mail:** [post.sozialamt@WL.thueringen.de](mailto:post.sozialamt@WL.thueringen.de)

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe b) DS-GVO)

**Postanschrift:** Landratsamt Weimarer Land, Datenschutzbeauftragte, Bahnhofstraße 28, 99510 Apolda

**Kontakt:** Telefon: 03644/540-139; Fax: 03644/540-850; E-Mail: [Post.Datenschutzbeauftragter@wl.thueringen.de](mailto:Post.Datenschutzbeauftragter@wl.thueringen.de)

### 3. Zwecke der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe c) Halbsatz 1 DS-GVO)

- Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung nach den Sozialgesetzbüchern (SGB)
- Beratung und Antragsbearbeitung für Hilfebedarfsermittlung und Gewährung/ Zahlbarmachung von Ansprüchen/ Leistungen nach SGB IX
- gesetzliche Aufgabenerledigung nach SGB IX für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- Überwachungs- und Kontrolltätigkeit (Erstattungsansprüche, Bekämpfung Leistungsmissbrauch) inklusive sich daraus ergebender Verwaltungsverfahren
- Erlass von Verwaltungsakten, Ausstellung von Bescheinigungen, Widerspruchsbearbeitung, Klageverfahren

### 4. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe c) Halbsatz 2 DS-GVO)

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, die der Verantwortliche unterliegt und erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und § 16 Absatz 1 Thüringer Datenschutzgesetz (ThürDSG). Außerdem nach den SGB, insbesondere § 37 SGB I, § 41 SGB IX, §§ 67 ff SGB X, § 143 ff SGB IX nach Sozialgerichtsgesetz (SGG) und der Thüringer Kommunalordnung (ThürKO) in ihrer jeweils gültigen Fassung. Zudem ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben.

### 5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe e) DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten erhalten folgende Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern:

- innerhalb des Verantwortlichen: Mitarbeiter/innen des zuständigen Sachgebietes, SG Finanzen (Kämmerei, Kasse), Rechnungsprüfungsamt
- Auftragsverarbeiter: bei Einsatz von Software des Softwareherstellers Lämmerzahn und ITP-App (Integrierte Teilhabeplanung) des Freistaats Thüringen
- Dritte: Je nach Fallverlauf ist eine Datenweitergabe an folgende mögliche Stellen erforderlich, z. B. gesetzliche Renten-, Unfall- und Kranken-/Pflegeversicherung, Jugendamt, Jobcenter, Wohngeldstellen, Familienkassen, Bundesagentur für Arbeit, Versorgungsämter, Einwohner- und Meldebehörde, Gesundheitsamt, Finanzamt, Thüringer Landesamt für Statistik bzw. Statistisches Bundesamt in anonymisierter Form, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Zahlungsempfänger, Versicherungsunternehmen.

### 6. Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe f) DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt:  ja  nein

### 7. Dauer der Speicherung bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe a) DS-GVO)

Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren nach dem Ende des Bewilligungszeitraumes bzw. des letzten Verwaltungshandelns oder solange wie dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist (gemäß § 67c SGB X).



**8. Rechte der Betroffenen im Rahmen der Verarbeitung (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe b) DS-GVO)**

Die nachfolgenden Rechte bestehen nur nach den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen und können auch durch spezielle Regelungen eingeschränkt oder ausgeschlossen sein.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (Art. 16 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat, für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen.

Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann grundsätzlich nicht mehr (Art. 21 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln, (Art. 20 DS-GVO).

**9. Recht auf Widerruf der Einwilligung bei einer Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) oder Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a) DS-GVO (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO)**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten **beruht auf einer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) oder Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a) DS-GVO**. Daher haben Sie das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

**10. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe d) DS-GVO)**

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie nach Art. 77 Abs. 1 DS-GVO das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde. Dies ist in Thüringen der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Häßlerstraße 8, 99096 Erfurt ([www.tifdi.de](http://www.tifdi.de)).

**11. Gesetzliche oder vertragliche Pflicht zur Bereitstellung der Daten (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe e) DS-GVO)**

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist

gesetzlich vorgeschrieben    vertraglich vorgeschrieben    für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Sie sind verpflichtet Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen:    ja    nein

Wer Sozialleistungen beantragt bzw. erhält hat nach § 60 SGB I alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträger der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, sowie Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen und Beweismittel vorzulegen. Demnach sind Sie verpflichtet, dem für die Antragstellung zuständigen Leistungsträger alle erforderlichen Daten für das beantragte Verfahren anzugeben, wozu auch Ihre personenbezogenen Daten gehören. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben und somit Ihren Mitwirkungspflichten nach §§ 60 SGB I nicht nachkommen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet, Leistungen nicht gewährt oder entzogen werden.

**12. Automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs.1, 4 DS-GVO (Art. 13 Abs. 2 Buchstabe f) DS-GVO)**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt mittels automatisierter Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs. 1, 4 DS-GVO:    ja    nein

**13. Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck (Art. 13 Abs. 3 DS-GVO)**

Ihre personenbezogenen Daten werden für einen anderen Zweck weiterverarbeitet als den, für den die Daten erhoben wurden  
 ja    nein