

Jugendamt- Teilhabefachdienst Jugend

Eingangstempel der Behörde:



- Antrag auf Teilhabeleistungen nach dem SGB IX
- Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Antrag auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz

| | |
|---|---|
| Kind / junger Mensch | |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: <small>(Kopie der Geburtsurkunde beifügen)</small> |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | |
| Wohnhaft: | |
| Familienstand : | Staatsangehörigkeit: |

Bisher Reha-/ Teilhabeleistungen erhalten? ja, von _____ nein

Leistungen nach dem SGB VIII erhalten oder beantragt?

ja, vom/beim Jugendamt _____ nein

Es besteht eine Vormundschaft (Bitte Bestallung beifügen)

Es besteht eine Betreuung (Bitte Bestallung beifügen)

Schwerbehindertenausweis liegt vor , ist beantragt

Gültig bis _____, Merkzeichen _____, % _____

Krankenversichert über Elternteil bei _____, Beihilfeberechtigt

Krankenversichert nach §264 SGB V

Pflegeversicherung _____, Grad _____

Besuch der Kita _____, Integrationsstatus _____
(liegt Einschätzung vor, bitte mit einreichen)

Schüler in der _____ Schule, Klasse _____

In Ausbildung/ Studium zum _____

erwerbstätig als _____

Beschäftigung in einer Fördergruppe

Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

Unterbringung über Tag und Nacht in einer Einrichtung , in einer Pflegefamilie

| | |
|--|-----------------------------------|
| Eltern | |
| Name: | Vorname: |
| Sorgerecht : <input type="checkbox"/> (ggf. Nachweis) | |
| Wohnhaft: | |
| Telefon (Angabe freiwillig) | E-Mailadresse (Angabe freiwillig) |
| | |
| Name: | Vorname: |
| Sorgerecht: <input type="checkbox"/> (ggf. Nachweis) | |
| Wohnhaft: | |
| Telefon (Angabe freiwillig) | E-Mailadresse (Angabe freiwillig) |

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Pflegeeltern | |
| Name: | Vorname: |
| Betreut durch das Jugendamt: | |
| Telefon (Angabe freiwillig) | E-Mailadresse (Angabe freiwillig) |
| | |
| Name: | Vorname: |
| Betreut durch das Jugendamt: | |

Grund der Antragstellung / Anliegen:

liegt Diagnostik vor (Kopie beilegen)

Zeitpunkt der Diagnostik _____

Kontaktaufnahme durch _____

Datum _____, Unterschrift _____

Datum _____, Unterschrift _____

Information über die Verarbeitung von Sozialdaten durch das Jugendamt im Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

Das Jugendamt Lichtenberg -Teilhabefachdienst Jugend- verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres minderjährigen Kindes auf der Grundlage der Artikel 6 ff. der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung; im Folgenden kurz: DSGVO) i.V.m. §§ 35 SGB I, 61 ff SGB VIII, 67 ff SGB X sowie des Berliner Datenschutzgesetzes.

Ihre Daten dienen der Erfüllung unserer Aufgaben im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe- sowie des Eingliederungshilferechts. Dies kann Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß SGB VIII oder SGB IX betreffen. Die Daten werden teilweise mit Hilfe eines elektronischen Fachverfahrens verarbeitet, um die genannten Leistungen und Aufgaben zu erbringen bzw. zu erfüllen. Die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie ist als Auftragsverarbeiter für die Betreuung des IT-Fachverfahrens zum SGB VIII tätig. Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales für die Betreuung des IT-Fachverfahrens zum SGB IX Teil 2.

Es werden ausschließlich personenbezogene Daten bzw. Sozialdaten verarbeitet, soweit die Verarbeitung zu den o.g. Zwecken erforderlich ist.

Das Jugendamt des Bezirksamtes Lichtenberg von Berlin ist verantwortlich für die Datenverarbeitung.

Die Kontaktdaten des/r hiesigen Datenschutzbeauftragten lauten: behDSB@lichtenberg.berlin.de . Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen¹,

- Berichtigung², Löschung³ und Einschränkung der Verarbeitung⁴ Ihrer Daten zu verlangen, sowie
- die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen⁵.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen, wird zunächst geprüft, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Ein Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 DSGVO besteht nach § 84 Abs. 5 SGB X nicht, soweit an der Verarbeitung ein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das die Interessen der betroffenen Person überwiegt oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet.

Die Dauer der Aufbewahrung Ihrer Daten⁶ können Sie der beigelegten Anlage 2 entnehmen.

Eine Übermittlung Ihrer Daten darf im Einzelfall an andere öffentliche Stellen (z.B. andere Organisationseinheiten im Bezirksamt, andere Bezirksamter, Gerichte, Polizei) und nicht öffentliche Stellen (z.B. Träger der freien Jugendhilfe, Träger der Eingliederungshilfe, die in die Leistungserbringung einbezogen sind) erfolgen, sofern dies aufgrund einer Rechtsvorschrift zulässig ist.

Soweit Sie die erforderlichen Daten nicht bereitstellen, möchten wir darauf hinweisen, dass die von Ihnen beantragte Leistung nicht geprüft und nicht gewährt werden kann bzw. eine Aufgabe der Eingliederungshilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe nicht erfüllt werden kann.

Die vorstehende Erklärung mit den Anlagen 1 und 2 habe ich gelesen oder sind mir auf Wunsch erläutert worden.

Ich habe davon Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

¹ gemäß Art. 15 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 83 SGB X

² gemäß Art. 16 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 84 SGB X

³ gemäß Art. 17 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 84 SGB X

⁴ gemäß Art. 18 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 84 SGB X

⁵ gemäß Art. 77 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 81 SGB X

⁶ Art. 17 DSGVO i.V.m. § 61 Abs. 1 SGB VIII, § 84 SGB X

Anlage 1: Rechtsvorschriften

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verkündet im Amtsblatt der Europäischen Union, L 119, vom 4.5.2016 in der Fassung der Berichtigung, Amtsblatt der Europäischen Union, L 314/72, vom 22.11.2016 und L 127/2 vom 23. Mai 2018

Abrufbar unter <https://eur-lex.europa.eu/>

SGB I, SGB X, SGB VIII

Abrufbar unter www.gesetze-im-internet.de

Anlage 2: Aufbewahrungsfristen

Nach Ziff. 4 Abs. 2 der AV Hilfeplanung (Abl. 2014, S. 369) sind Akten über eine gewährte Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII nach Beendigung der Hilfe 10 Jahre aufzubewahren.

Auszüge mit Personenstands- und Aufenthaltsdaten im Zusammenhang mit Fremdunterbringung von Minderjährigen sind für den Fall der späteren Klärung von biographischen Sachverhalten 40 Jahre aufzubewahren.

Unterlagen im Rahmen von allgemeinen Beratungsleistungen/fallunabhängigen Aufgaben (die nicht in Leistungen der Eingliederungshilfe mündeten) sind 3 Jahre aufzubewahren.

Haushaltsrelevante Akten, die der Rechnungsprüfung unterliegen, müssen 6 Jahre aufbewahrt werden.

Akten über gewährte Leistungen nach dem SGB IX sind nach deren Beendigung 10 Jahre aufzubewahren.

Grundlage: Archivgesetz des Landes Berlin - ArchGB - vom 29.11.93)
KGSt-Bericht Nr.16/1990 in der Fassung vom April 1997

Akten der Kostenheranziehung werden 30 Jahren aufbewahrt, sofern diese Akten vollstreckbare Titel enthalten.

Grundlage: Archivgesetz des Landes Berlin - ArchGB - vom 29.11.93)

Akten ohne vollstreckbare Titel werden nach 10 Jahren archiviert.

Hinweis

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen - soweit vorhanden - in Kopie mit:

- Geburtsurkunde
- Ausweis, Pass
- Aufenthaltsstatus des Kindes
- Gesundheitskarte
- Sorgerechterklärung
- Bescheid der Pflegekasse
- Schwerbehindertenausweis und dazugehörigen Bescheid
- aktuelle medizinische Unterlagen, z.B.:
 - Arztbriefe
 - Krankenhausberichte
 - Gutachterliche Stellungnahmen
- aktuelle Entwicklungsberichte der Kita /Schule
- Bescheid über die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfes in der Schule
- Bescheid über Leistungsgewährung anderer Reha-Träger, z. B. Krankenkasse, Unfallkasse
- Pflegevertrag bei Pflegeeltern

**Entbindung von der Schweigepflicht
 zum Antrag vom _____**

| Angaben über das Kind, den jungen Menschen | | |
|--|--------------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße / Hausnummer | Postleitzahl | Ort |

- als volljährige/-r Jugendliche/-r entbinde ich von der Schweigepflicht folgende Personen:
- als Inhaber/-in des Personensorgerechts für das oben genannte Kind entbinde/-n ich/ wir:
- als Pflegeeltern teil entbinde ich im Rahmen meiner nachgewiesenen Befugnis für das oben genannte Kind:

 Name, Vorname

 Name, Vorname

**Folgende mit meinem/unserem Kind, mit mir befasste Personen von der Schweigepflicht:
 (Bitte Kontaktdaten ergänzen, sofern bereits bekannt)**

- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Sozialpädiatrisches Zentrum

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Schulpsychologisches und Inklusionspädagogisches
 Beratungs- und Unterstützungszentrum

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Pädagogische/-r Mitarbeiter/in Schule

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Mitarbeiter/-in der Kita

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Teilhabefachdienst Soziales

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Regionaler sozialpädagogischer Dienst

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Pflegekinderdienst

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
| | |

- Fachberater/-in Tagesbetreuung

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
|------|---------------|

- Träger für die Durchführung

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
|------|---------------|

- Fachkraft des Trägers

| Name | Telefonnummer |
|------|---------------|
|------|---------------|

- weitere Personen/ Institutionen/Rehabilitationsträger:

in Bezug auf Informationen zur Diagnose, Beratung, Förderung und Unterstützung des betreffenden Kindes/ der antragstellenden Person zum oben genannten Antrag gegenüber dem Teilhabefachdienst Jugend im Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

Ich gestatte den vorstehend genannten Personen - ggf. mit nachstehenden Einschränkungen -, Informationen, die der Diagnostik, Beratung, Förderung und Unterstützung des Kindes / für mich dienen, innerhalb des oder mit dem Teilhabefachdienst Jugend auszutauschen. Über die Vor- und Nachteile einer Entbindung von der Schweigepflicht wurde mit mir gesprochen. Ich hatte ausreichend Zeit zu überlegen und treffe die Entscheidung aus freien Stücken.

Ich möchte die Entbindung von der Schweigepflicht einschränken:

- nein ja, wie folgt:

Mir /uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft vollständig oder teilweise widerrufen kann/ können. Mit einem Widerruf kann ich/ können wir erreichen, dass die vom Widerruf betroffenen personenbezogenen Daten nicht weiterhin zu dem betroffenen Zweck verarbeitet werden, sofern meine/ unsere Einwilligung die einzige Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist (weitere Rechtsgrundlagen können z.B. Meldungen zum Kinderschutz gemäß § 8a SGB VIII sein). Den Widerruf können Sie unterschrieben per Mail senden an: teilhabefachdienst.jug@lichtenberg.berlin.de . oder per Post ans Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Jugendamt, Teilhabefachdienst Jugend, 10360 Berlin
 Mir/ Uns ist ebenfalls bekannt, dass ich/ wir ein Recht auf Auskunft über die verarbeiteten Informationen und die Ergebnisse von Untersuchungen haben.
 Gemäß § 106 Abs.3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) können Menschen mit Behinderungen Unterstützung bei der Erfüllung Ihrer Mitwirkungspflichten erhalten.

| Information über die Entbindung von der Schweigepflicht |
|--|
| Die Entbindung von der Schweigepflicht kann die Beratung verbessern und wirksamer machen, ist jedoch keine Voraussetzung dafür. Es ist auch möglich ohne Schweigepflichtentbindung beraten zu werden. Die Entbindung von der Schweigepflicht ermöglicht den Austausch von Informationen zwischen pädagogischen, psychologischen, medizinischen und anderen am Arbeits- und Beratungsprozess beteiligten Fachkräften. Sie hat das Ziel, eine optimale Diagnostik, Beratung, Förderung und Unterstützung abzusichern. Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Auskünfte und personenbezogenen Informationen, die für die Beratung, Planung und Koordinierung der Teilhabeleistung von Bedeutung sind. Dies umfasst ausdrücklich auch besonders schützenswerte Daten, z.B. zum Gesundheitszustand, zur ethnischen Herkunft, Religion und sexueller Orientierung (Artikel 9 EU-Datenschutzgrundverordnung-DSGVO), sofern diese für die Beratung, Planung und Leistung von Bedeutung sind. Psychologinnen, Psychologen, Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Angehörige des öffentlichen Dienstes unterliegen einer besonderen Schweigepflicht (§ 203 Strafgesetzbuch –StGB). Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht durch die |

Personensorgeberechtigten. Sofern beide Elternteile sorgeberechtigt sind, müssen beide ihre Zustimmung geben. Bei Volljährigen kann sie durch die Betroffene oder den Betroffenen selbst erteilt werden.

Volljähriger junger Mensch bzw. Personensorgeberechtigte/-r:

| | | |
|------------|---------------------|--------------|
| Ort, Datum | Name (Blockschrift) | Unterschrift |
|------------|---------------------|--------------|

| | | |
|------------|---------------------|--------------|
| Ort, Datum | Name (Blockschrift) | Unterschrift |
|------------|---------------------|--------------|

| | | |
|------------|---------------------------------------|--------------|
| Ort, Datum | Pflegeeltern im Rahmen Ihrer Befugnis | Unterschrift |
|------------|---------------------------------------|--------------|