

**Landratsamt Cham
Amt für Jugend und Familie**

Sachbearbeiter/in

I. Personendaten

1. Kind / Jugendlicher

1.1 Grunddaten

Name/Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Land
Staatsangehörigkeit		Religion	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort:	

1.2 Aufenthaltsdaten

Kind / Jugendlicher wohnt seit:
bei:

1.3 Daten Personensorge

Sorgerecht: beide Eltern nur Mutter nur Vater Vormund Pfleger

Entzug des Sorgerechts seit:	Zuständiges Gericht:
Vormund / Pfleger	
Entzogene(r) Wirkungskreis(e)	

2. Weitere Personen

2.1 Eltern - Vater

Name/Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Land
Staatsangehörigkeit		Religion	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort:	
Landkreis		Telefonnummer	
Erlerner Beruf		Ausgeübter Beruf	

ganztags halbtags Schichtarbeit Nachtschicht Heimarbeit

Eltern - Mutter

Name/Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Land
Staatsangehörigkeit		Religion	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort:	
Landkreis		Telefonnummer	
Erlerner Beruf		Ausgeübter Beruf	

ganztags halbtags Schichtarbeit Nachtschicht Heimarbeit

2.2 Familiäre Verhältnisse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern verheiratet, zusammenlebend | <input type="checkbox"/> Eltern getrenntlebend, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Eltern geschieden, seit _____ | <input type="checkbox"/> Mutter/Vater in neuer Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> Mutter/Vater wieder verheiratet seit _____ | <input type="checkbox"/> nichteheliches Kind: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kind wurde adoptiert im Alter von _____ | <input type="checkbox"/> Pflegekind, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutter verstorben, seit _____ | <input type="checkbox"/> Vater verstorben, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | |

2.3 Andere Bezugspersonen in der Familie

- Stiefvater Stiefmutter Pflegevater Pflegemutter

Name/Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Land	
Staatsangehörigkeit		Religion	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort:	
Landkreis		Telefonnummer	
Erlerner Beruf		Ausgeübter Beruf	

2.4 Geschwister: (auch Stief-, Pflege- oder Adoptivgeschwister)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Derzeitiger Aufenthalt	Stief-/Pflege-/Adoptivgeschwister

2.5 Weitere Angehörige des Kindes, soweit sie für dieses wichtig sind (z.B. Großeltern)

3. Zusatzdaten

3.1 Versicherungsverhältnisse -

- über den Vater über die Mutter Eigenversicherung

Krankenversicherung	
Unfallversicherung	
Haftpflichtversicherung	

3.2 Wohnverhältnisse

- ungünstige bzw. beengte Verhältnisse Kind
 Kind verfügt über eigenes Zimmer
 Kind teilt sich Zimmer mit _____
 häufiger Wohnungswechsel

3.3 Sonstiges

II. Körperliche und geistige Entwicklung

1. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung

1.1 Wie verlief die Schwangerschaft?

- unauffällig
 Komplikationen bzw. Auffälligkeiten: _____

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

- nein
 ja, und zwar _____

1.2 Wie verlief die Geburt?

- normal Frühgeburt Spätgeburt (übertragen)
 Komplikationen bzw. Auffälligkeiten _____
(z.B. Zangengeburt, Kaiserschnitt usw.) _____
 Auffälligkeiten nach der Geburt _____

1.3 Welche besonderen Krankheiten hat das Kind durchgemacht und wann?

War es schon einmal im Krankenhaus?

- nein ja, im Alter von: _____
wegen: _____

Hat das Kind einen Unfall erlitten?

- nein ja, Art des Unfalls: _____

Muss das Kind regelmäßig Medikamente nehmen?

- nein ja, welche: _____

1.4 Hat das Kind körperliche oder geistige Schwächen?

- nein
 Sehschwäche (Brille: ja/nein) seit: _____
 Hörschäden, seit: _____
 Sprachstörung, seit: _____
 Schäden an Körper und Gliedmaßen, seit: _____
 Bewegungsstörung, seit: _____
 Allergien, seit: _____
 geistige Behinderung, seit: _____
 andere Schwächen: _____

1.5 Welche Hilfsangebote wurden in Anspruch genommen?

- Frühförderung
 Schulvorbereitende Einrichtung
 Therapien
 sonstige Angebote: _____

2. Kindertagesstätte

2.1 Kindertagesstättenbesuch

- von _____ bis _____ in _____
 von _____ bis _____ in _____
 von _____ bis _____ in _____
 geht/ging gerne geht/ging ungern, weil _____

2.2 Wie ist/war das Verhalten in der Kindertagesstätte?

- ohne Probleme
 besucht(e) keine Kindertagesstätte
 es gibt/gab Schwierigkeiten, weil _____

3. Schule

3.1 Schullaufbahn

- Zurückstellung? nein
 ja, weil _____
um, _____ Jahr(e)

Die Einschulung erfolgte am _____ in der Grundschule Förderschule
in _____

Wiederholung der Klasse(n): _____

3.2 Schulischer Werdegang

von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____
von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____
von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____
von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____
von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____
von _____ bis _____ Schule/Art: _____ Klasse: _____

3.3 Regelmäßigkeit des Schulbesuchs

- regelmäßig verspätet(e) sich oft schwänzt(e) häufig
 fehlte oft, wegen _____

3.4 Geht oder ging das Kind gern zur Schule?

- im Allgemeinen ja nein hatte regelrecht Angst vor der Schule

3.5 Schulleistungen

Letztes Zeugnis ist beigefügt: ja nein

3.6 Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

- nein ja, wegen der Fächer _____

3.7 Welche besonderen schulischen Interessen hat(te) das Kind?

3.8 Welche Fächer, Kurse usw. mag/mochte es nicht?

3.9 Wie reagiert(e) das Kind auf schlechte Noten?

- macht(e) sich nichts daraus
- ja, wegen der Fächer _____
- ist/war etwas bedrückt

3.10 Erhält es Zuhause oder in der Schule regelmäßig eine Nachhilfe?

- nein
- ja, außerhalb in den Fächern _____
- ja, Förderkurs in der Schule _____

3.11 Wie verträgt es sich in der Schule mit den seinen Mitschülern?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kommt gut mit den anderen aus | <input type="checkbox"/> beschimpft andere oft |
| <input type="checkbox"/> versucht andere zu beherrschen | <input type="checkbox"/> wird von anderen oft beschimpft |
| <input type="checkbox"/> ist leicht zu beeinflussen | <input type="checkbox"/> prahlt oft vor anderen, gibt an |
| <input type="checkbox"/> will häufig alles bestimmen, rechthaberisch | <input type="checkbox"/> wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen, geschlagen |
| <input type="checkbox"/> nimmt anderen gern etwas weg | <input type="checkbox"/> zieht sich von den anderen zurück |
| <input type="checkbox"/> zwickt, stößt, schlägt andere häufig | <input type="checkbox"/> wird von anderen links liegen gelassen |

3.12 Hat(te) das Kind Schwierigkeiten mit den Lehrkräften?

- nein
- ja, welche _____

3.13 Wo macht das Kind seine Hausaufgaben?

3.14 Wann und wie lange macht es im Allgemeinen Hausaufgaben?

von: _____ Uhr bis _____ Uhr
Tägliche Arbeitszeit: ca. _____ Stunden

3.15 Art der Erledigung der Hausaufgaben

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> macht die Hausaufgaben unaufgefordert | <input type="checkbox"/> arbeitet selbstständig, braucht kaum Hilfe |
| <input type="checkbox"/> muss meistens dazu besonders aufgefordert werden | <input type="checkbox"/> dem Kind muss ständig geholfen werden |
| <input type="checkbox"/> arbeitet zügig | <input type="checkbox"/> macht regelmäßig seine Hausaufgaben |
| <input type="checkbox"/> trödelt, ist unkonzentriert | <input type="checkbox"/> verschweigt oft, dass es Hausaufgaben auf hat |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Hausaufgaben sorgfältig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen |
| <input type="checkbox"/> arbeitet nachlässig | |

3.16 Werden die Hausaufgaben zuhause regelmäßig kontrolliert?

- ja nein

3.17 Was beanstandet die Schule besonders an den Leistungen oder dem Verhalten des Kindes? (in Stichworten)

- keine Beanstandungen

3.18 Wann ist das auffällige schulische Verhalten zum ersten Mal aufgetreten?

- in ähnlicher Form schon vor der Einschulung
- zum ersten Mal in der _____ Klasse

3.19 Wurde das Kind schon einmal für den Besuch einer Förderschule vorgeschlagen?

ja nein

3.20 Welchen Schulabschluss streben Sie für Ihr Kind an?

3.21 Wann haben Sie sich das letzte Mal mit dem Klassenlehrer unterhalten?

3.22 Besucht(e) Ihr Kind eine Hausaufgabenbetreuung?

ja nein

3.23 Besucht(e) Ihr Kind einen Hort?

ja nein

3.24 Befand sich Ihr Kind in der Tagespflege?

ja, von _____ bis _____ nein

4. Ausbildungs- und Arbeitssituation

4.1 Berufsvorbereitende Maßnahmen (z.B. Förderungslehrgänge, Berufsgrundschuljahr, Berufsvorbereitungsjahr etc.)

nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____
bei _____

nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____
bei _____

4.2 Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse

nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____
bei _____

nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____
bei _____

nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____
bei _____

Berufsschule:

von _____ bis _____ bei _____ in _____

von _____ bis _____ bei _____ in _____

4.3 Anmerkungen zu diesem Bereich

Ausbildungsverlauf problemlos: nein ja

Abbruch der Ausbildung: nein ja, Gründe: _____

Berufsschulbesuch regelmäßig: nein ja

Schwierigkeiten am Arbeitsplatz: nein ja, Gründe: _____

Erreichung des Ausbildungszieles gefährdet: nein ja

Sonstiges: _____

III. Erziehung

1. Von wem wurde das Kind vorwiegend erzogen?

Mutter Vater Großeltern von: _____

2. Welche weiteren Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

3. Bei Scheidung oder Trennung der Eltern

Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht etwa alle _____ Wochen bzw. _____ jährlich

4. Wer betreut das Kind, wenn es von der Schule nach Hause kommt?

5. Sind sich die Eltern hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

6. Wie belohnen und bestrafen Sie das Kind im Allgemeinen?

Art der Belohnung:

Art der Bestrafung:

7. Hat das Kind zu Hause regelmäßige Pflichten?

nein ja, _____

8. Wie lange schläft das Kind in der Regel? _____ Stunden

9. Wie viel Taschengeld bekommt es?

bekommt kein Taschengeld es bekommt _____ pro Monat

10. Wie häufig darf das Kind fernsehen oder am PC spielen?

Wochentags: _____ Stunden täglich

Wochenende: _____ Stunden täglich

11. Verhalten Ihres Kindes

Verhaltensweise	häufig	selten	nie
Albernheiten, spielt den Clown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anlehnungsbedürftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht beeinflussbar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Will abends nicht ins Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Drogen, Alkohol usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ermüdbar, wenig belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faulheit, drückt sich gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten, schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen, leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt, unehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägel kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös, zappelig, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgesprochen passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges sexuelles Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft schlecht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreckt nachts auf, Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlose Traurigkeit und Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens unausgeschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam, Trotz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unselbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch sehr verspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstört mutwillig Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält sich nicht an Absprachen (z.B. Ausgehzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Verhaltensweisen:

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

IV. Interessen und Fähigkeiten

1. Welche besonderen Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat das Kind?

2. Wogegen hat es besondere Abneigung?

3. Wie schätzen Sie die Intelligenz des Kindes ein?

- über dem Durchschnitt
 durchschnittlich
 unter dem Durchschnitt

V. Beziehungen zu anderen Personen

1. Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

- besseres Verhältnis zur Mutter
- besseres Verhältnis zum Vater
- Verhältnis zur Mutter und zum Vater gleich gut
- Verhältnis zur Mutter und zum Vater gleich schlecht

2. Wie ändert sich das Kind mit seinen Geschwistern?

(bitte jeweils angeben, um welches Geschwister es sich handelt)

- im Allgemeinen gut, mit _____
- nicht so gut, mit _____
- schlecht, mit _____
- entfällt, da keine Geschwister

Häufiger Anlass zu Streit ist: _____

3. Hat es Freunde / Freundinnen?

- nein
- ja, Anzahl: _____

4. Mögen Sie diese Freunde?

- ja
- einen/einige nicht, weil: _____

5. Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

- fast täglich
- ist lieber für sich allein
- nicht täglich, sondern _____

6. Mit Kindern welchen Alters ist es lieber zusammen?

- mit Gleichaltrigen
- mit Älteren
- mit Jüngeren

7. Wie verträgt es sich in einer Gruppe?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kommt gut mit anderen aus | <input type="checkbox"/> beschimpft andere oft |
| <input type="checkbox"/> versucht andere zu beherrschen | <input type="checkbox"/> wird von anderen oft beschimpft |
| <input type="checkbox"/> ist leicht zu beeinflussen | <input type="checkbox"/> prahlt oft vor anderen, gibt an |
| <input type="checkbox"/> will häufig alles bestimmen, rechthaberisch | <input type="checkbox"/> wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen, geschlagen |
| <input type="checkbox"/> nimmt anderen gern etwas weg | <input type="checkbox"/> zieht sich von den anderen zurück |
| <input type="checkbox"/> zwickt, stößt, schlägt andere häufig | <input type="checkbox"/> wird von anderen wenig beachtet bzw. gemieden |

8. Wo verbringt das Kind im Allgemeinen seine Freizeit?

- bei Freunden (in der Wohnung/im Freien)
- zu Hause (in der Wohnung/im Freien)
- im Verein _____

9. Hat es einen besonderen Freund oder eine besondere Freundin?

- nein
- ja, Geschlecht und Alter: _____

10. Zwischen welchen anderen Personen und dem Kind besteht

- eine besondere Zuneigung? _____
- eine besondere Abneigung? _____

VI. Entwicklung des Problemverhaltens

1. Sie haben in dem vorhergehenden Teil des Fragebogens bereits zu einigen Verhaltensauffälligkeiten Stellung genommen.

Bitte geben Sie nun kurz an, welches Problemverhalten Ihres Kindes den Anlass dazu gegeben hat, die Hilfe zu beantragen?

2. Wann ist dieses Verhalten Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit _____ Jahren beginnend.

plötzlich, im Alter von _____ Jahren.

3. Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten dieses Verhaltens zusammenfielen?

nein

ja, _____

4. Ist das Verhalten im Lauf der Zeit stärker geworden?

wurde immer stärker

gleichbleibend

ist schwächer geworden

5. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn sich das Kind an bestimmten Orten aufhält?

nein häufiger bzw. stärker, wenn _____

seltener bzw. schwächer in _____

6. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener zu bestimmten Tageszeiten oder an bestimmten Tagen in der Woche oder im Monat?

nein häufiger bzw. stärker, wenn _____

seltener bzw. schwächer in _____

7. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener in bestimmten Situationen, zu bestimmten Anlässen?

nein häufiger bzw. stärker, wenn _____

seltener bzw. schwächer in _____

8. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind mit bestimmten Personen zusammen war?

nein häufiger bzw. stärker, wenn _____

seltener bzw. schwächer in _____

9. Haben Sie sich wegen des augenblicklichen Problems schon an andere Stellen gewandt?

nein Erziehungsberatungsstelle, in _____

Psychologe, Name _____

- Arzt, Name _____
 andere Stellen _____

10. Welche Maßnahmen wurden von diesen anderen Stellen getroffen bzw. empfohlen?

(Mit welchem Erfolg?)

11. Wie haben Sie bisher auf das problematische Verhalten des Kindes reagiert?

Welche Erziehungsmaßnahmen haben Sie angewendet, um dieses Verhalten zu verändern?

12. Welche Hilfen zur Erziehung bzw. andere Jugendhilfemaßnahmen wurden Ihnen bereits gewährt?

_____ von _____ bis _____
_____ von _____ bis _____

Welches Jugendamt war zuständig bzw. zu welchem Jugendamt hatten Sie bereits Kontakt?

Ansprechpartner/in: _____

13. Haben Sie bestimmte Erwartungen oder Vorstellungen, wie man in der Zukunft auf das Verhalten des Kindes Einfluss nehmen könnte?

14. Welche Erwartungen und Hoffnungen haben Sie an eine Jugendhilfemaßnahme?

VII. Erklärung

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

- Vater, Vor- und Zuname _____
- Mutter, Vor- und Zuname _____
- andere Person, welche _____

Ausgefüllt am _____

Wir sind damit einverstanden, dass der von mir/uns ausgefüllte Fragebogen an die Leistungserbringer (Träger, Dienste, Einrichtungen) weitergeleitet wird.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Datenschutzhinweise nach EU-Datenschutzgrundverordnung DSGVO



Verantwortliche Behörde:	Landratsamt Cham, Rachelstraße 6, 93413 Cham Tel: +49(9971)78-0, E-Mail: poststelle@lra.landkreis-cham.de
Behördlicher Datenschutzbeauftragter:	Datenschutzbeauftragter Landratsamt Cham, Rachelstraße 6, 93413 Cham Tel: +49(9971)78-342, E-Mail: datenschutzbeauftragter@lra.landkreis-cham.de

Zwecke der Datenverarbeitung/Empfänger der Daten:

Die Daten werden im Zusammenhang mit der Beantragung bzw. Gewährung von Jugendhilfeleistungen nach dem SGB VIII erhoben.

Empfänger der Daten ist die Abteilung 2, Sachgebiet 23.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO in Verbindung mit §67ff SGB X, §§ 61 bis 65 SGB VIII verarbeitet bzw. übermittelt.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

- Allgemeiner Sozialdienst des Landratsamtes Cham,
- Wirtschaftliche Jugendhilfe des Landratsamtes Cham,
- öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe,
- Agentur für Arbeit,
- Bezirk Oberpfalz,
- Verwaltungsgericht

Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland:

Eine Datenweitergabe an ein Drittland erfolgt nicht.

Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten:

Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Landratsamt Cham so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß den Empfehlungen des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales bzw. den einschlägigen gesetzlichen Regelungen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Die Frist zur Aktenaufbewahrung beträgt in der Regel 10 Jahre ab Beendigung der Hilfemaßnahme.

Rechte der Betroffenen:

Nach der Datenschutzgrundverordnung stehen Ihnen Rechte zu. Diese können sie im Web unter folgender Adresse abrufen: <https://www.landkreis-cham.de/meta/datenschutz/>. Alternativ können Sie diese bei unserem Datenschutzbeauftragten (E-Mail: datenschutzbeauftragter@lra.landkreis-cham.de) erfragen.

Bereitstellung der Daten:

Das Landratsamt Cham benötigt ihre Daten, um die Bewilligung von Jugendhilfeleistungen zu prüfen/ zu bearbeiten. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Sie sind dazu verpflichtet ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus folgender Rechtsgrundlage:

- §§ 60 ff. SGB VIII