

## Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe

- Heilpädagogische Tagesstätte  
 Schulbegleiter  
 Schulgeld / Schulvorbereitende Einrichtung



Beginn der gewünschten Hilfe: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der  Schulvorbereitenden Einrichtung  Schule:

Name und Adresse der heilpädagogischen Tagesstätte:

Teilnahme am Mittagessen:  Ja  Nein

### Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsort	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Staatsangehörigkeit (bei nichtdeutschen, Aufenthaltserlaubnis in Kopie beilegen)	
Krankenkasse (genaue Anschrift)		Versicherungsnummer (bei Familienversicherung: Versicherter!!)	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stufe: _____	Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie des Ausweises und des Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Kind in ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name u. Fachrichtung des Arztes/Therapeuten:	

Persönliche Verhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum/-ort		
Straße		
Telefon		
PLZ, Wohnort		
Familienstand		

<b>Persönliche Verhältnisse</b>	<b>des Vaters</b>	<b>der Mutter</b>
Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Name, Anschrift des Arbeitgebers		
Pflegekind	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( → Bitte Pflegebescheinigung und Vollmacht zur Ergänzung der Pflegevereinbarung gem. § 1688 BGB beifügen!)	
Name der Pflegeeltern		
Anschrift		
Zuständiges Jugendamt		

<b>Der/Die Leistungsberechtigte/r lebt mit folgenden weiteren Angehörigen oder sonstigen Personen in Haushaltsgemeinschaft</b>			
Name, Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Leistungsberechtigten
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

- Die Behinderung ist Folge**
- eines Unfalles  Ja  Nein
  - eines Impfschadens  Ja  Nein
  - schuldhaften Verhaltens Dritter  Ja  Nein
  - eines Geburts-/Medizinschadens  Ja  Nein

**Von welcher Stelle/Person gibt es hierfür Leistungen, z.B. Schadensersatz?**  
 (Bitte Unterlagen beifügen!)

---

**Werden noch andere Sozialleistungen bezogen?**  Ja  Nein  
 (z.B. Grundsicherung/Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Familienzuschlag). Bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Es besteht Einverständnis, dass die Untersuchungsergebnisse der Überprüfung der Sonderschulbedürftigkeit bzw. der Notwendigkeit der Aufnahme der Tagesstätte für behinderte Menschen oder in eine integrative Kindertageseinrichtung, sowie der Bescheid des Staatl. Schulamtes dem zuständigen Sozialhilfeträger zugeleitet wird.

Es besteht Einverständnis, dass die teilstationäre Einrichtung dort vorliegende ärztliche Gutachten dem zuständigen Sozialhilfeträger zuleitet.

Es besteht Einverständnis, dass die teilstationäre Einrichtung dem zuständigen Sozialhilfeträger auf Anforderung Entwicklungsberichte zuleitet.

Vorstehende Angaben habe/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten müssen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X ). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs.1 SGB X

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Eltern bzw. der  
Sorgeberechtigten