

Bezirk Mittelfranken
Arbeitsbereich 26
Postfach 6 17
91511 Ansbach

A n t r a g

auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name, Vorname	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVF) wird zurzeit besucht	

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
Sorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Pflegekind	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name der Pflegeeltern	
Anschrift	
Zuständiges Jugendamt	

Angaben zur beantragten Hilfe
Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch:
Ab wann wird die Hilfe beantragt?
Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt?

Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, von wem?		
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?		

Anderweitige Ansprüche				
Das Kind ist	selbst <input type="checkbox"/>	mit seinem Vater <input type="checkbox"/>	mit seiner Mutter <input type="checkbox"/>	krankenversichert
		privat <input type="checkbox"/>	gesetzlich <input type="checkbox"/>	
bei der				
Anschrift:				
Die Behinderung ist Folge eines	- eines Unfalles	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	- eines Impfschadens	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	- schuldhaften Verhaltens Dritter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche:				

- Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan
 - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
 - Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
 - Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
 - Vollmacht zur **Antragstellung**

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

.....
Ort, Datum

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