

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 (Bitte Passkopie und Kopie des Aufenthaltstitels bei nicht EU-Bürgern beifügen) | |
| In Deutschland lebend seit Geburt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls nein , Datum der Einreise aus dem Ausland | |
| Krankenkasse (genaue Anschrift) | | Versicherungsnummer (bei Familienversicherung: Versicherter!!) | |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad: _____ | 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 | | |

| Persönliche Verhältnisse | des Vaters | der Mutter |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 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 | | |

| Der/Die Leistungsberechtigte/r lebt mit folgenden weiteren Angehörigen oder sonstigen Personen in Haushaltsgemeinschaft | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|-----------------------------------------------------|
| 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