

Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe:

- Heilpädagogische Tagesstätte
- Schulbegleiter
- Schulvorbereitende Einrichtung: Benutzungsgebühren



Beginn der gewünschten Hilfe: _____

Name und Adresse der Schulvorbereitenden Einrichtung

Schule:

Name und Adresse der heilpädagogischen Tagesstätte:

Teilnahme am Mittagessen der Tagesstätte: Ja Nein

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		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		
Staatsangehörigkeit		
Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsort
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Staatsangehörigkeit
In Deutschland lebend seit Geburt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein →	Wenn „nein“, Datum der Einreise aus dem Ausland
Krankenkasse (genaue Anschrift)		Versicherungsnummer (bei Familienversicherung: Versicherter)
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad: ____ (bitte Nachweis beifügen)	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte Kopie des Ausweises und des Bescheides beifügen)

Wurden in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Leistungen der Eingliederungshilfe für das Kind bezogen? (z.B. Frühförderung, Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen, Heilpädagogische Tagesstätte, Schulbegleitung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	wenn „Ja“, welche Leistung (bitte Nachweis beifügen): <hr/> bewilligt von (Leistungssträger): <hr/>

➤ **Wenn das Kind keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, ist die Beantwortung folgender Fragen für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der Eingliederungshilfe zwingend erforderlich:**

1. **Ist das Kind EU-Bürger?** Ja Nein → weiter zu 2.

Wenn „Ja“: Ist mindestens ein Elternteil berufstätig?

Ja Nein → Verfügen Sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel? Bitte Nachweise beifügen!

2. Wenn das Kind **kein EU-Bürger** ist, legen Sie bitte folgende Unterlagen vor, soweit vorhanden:

- Aufenthaltstitel des Kindes und der Eltern
- Vorlage des Bescheides des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-Bescheid)
- Blaue Karte EU

➤ **Lebt das Kind in einer Pflegefamilie?** Ja → bitte Pflegebescheinigung und Vollmacht zur Ergänzung der Pflegevereinbarung gem. § 1688 BGB beifügen Nein

Name der Pflegeeltern	
Anschrift	
Telefonnr. (freiwillige Angabe)	
Zuständiges Jugendamt	

➤ **Ist die Behinderung Folge**

- eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- eines Impfschadens?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- schuldhaften Verhaltens Dritter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- eines Fehlers des Arztes/ der Hebamme? (Geburts-/ Medizinschaden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

→ Wenn „Ja“: Von welcher Stelle/ Person erhalten Sie bereits Schadensersatz bzw. welcher Anwalt wurde mit der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen beauftragt? Bitte Unterlagen/ Nachweise beifügen!

➤ Die folgende Frage ist nur dann zu beantworten, wenn die Kostenübernahme des Besuchs einer Heilpädagogischen Tagesstätte beantragt wird und das Kind das Mittagessen von der Tagesstätte bekommt:

Werden folgende Sozialleistungen bezogen: Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld II, Wohngeld, Kinderzuschlag?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____ Bitte Kopie des Bescheides beifügen!

Hinweis: Für die häusliche Einsparung für die Verpflegung (Mittagessen) wird in diesem Fall ein reduzierter Kostenbeitrag in Höhe von monatlich 12,75 €, anstatt in Höhe von 33,00 € von den Eltern gefordert.

Einverständniserklärung

Es besteht Einverständnis, dass das Untersuchungsergebnis zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs (Sonderpädagogisches Gutachten) dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zugeleitet wird.

Darüber hinaus besteht das Einverständnis, dass die Heilpädagogische Tagesstätte dort vorliegende ärztliche Unterlagen dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zuleitet.

Im Weiteren besteht Einverständnis, dass die Heilpädagogische Tagesstätte dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe 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 **beider** Elternteile bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweise zum Datenschutz

Unsere ausführlichen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz.