

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Antragseingang

Ambulante Frühförderung

Persönliche Angaben des zu fördernden Kindes

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift des Kindes (PLZ, Ort, Straße, Nr.)			

Welcher Maßnahmeträger/welche Einrichtung soll die Leistung erbringen?

Name des Maßnahmeträgers bzw. der Einrichtung
Anschrift des Maßnahmeträgers bzw. der Einrichtung

Krankenkasse						
Pflegestufe	ja	nein				
Schwerbehindertenausweis	ja	nein	Merkzeichen		Behinderungsgrad	%
Anschrift des Kindergartens						
Seit wann						

Angaben zur Familie	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Ggf. abweichende Wohnanschrift		
Familienstand		
ausgeübter Beruf		
Telefonnummer für Rückfragen		

Antrag auf Eingliederung - Frühförderung
Stand Juli 2011

Angaben zu den Geschwisterkindern

Name		Geburtsdatum	
Name		Geburtsdatum	
Name		Geburtsdatum	

Pflegeeltern (Name, Anschrift, Telefonnummer)	
Familienhelfer (Name, Anschrift, Telefonnummer)	

Erforderliche Unterlagen

Schwerbehindertenausweis

Entwicklungstest oder Leistungskurve

Nachweis über derzeit laufende Therapien
(Psycho-, Physio-, Ergotherapie, Logopädie)

Fachärztliche Unterlagen

Nachweis zum Sorgerecht

Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Mit ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu unrecht erlangte Leistungen erstatten muss. Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sind unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden mit der Anforderung und Übermittlung vorhandener Gutachten, Befunde und Untersuchungsergebnisse (z.B. Diagnose - und Epikrisedaten, Therapie- und Behandlungsverlauf, usw.). Das erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Sachaufklärung und zur Vermeidung von Kosten wegen Doppelbegutachtungen im Zusammenhang mit dem von mir gestellten Antrag.

Ich entbinde dazu die verantwortlichen Ärzte/Einrichtungen von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Datum

Unterschrift des Aufnehmenden