

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

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

Antragseingang

## Leistungen zur Schulbildung I

Ganztagsbetreuung

Ferienbetreuung

Internat

### 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/<br>Versicherungsnummer | /  |      |             |  |                  |   |
| Pflegestufe                          | ja | nein |             |  |                  |   |
| Schwerbehindertenausweis             | ja | nein | Merkzeichen |  | Behinderungsgrad | % |
| Anschrift der Schule                 |    |      |             |  | Regelschule      |   |
|                                      |    |      |             |  | Lernförderschule |   |
| Seit wann                            |    |      |             |  | G-Schule         |   |

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

Antrag auf Eingliederung - Leistungen zur Schulbildung I  
Stand Juli 2011

## Angaben zu den Geschwisterkindern

|      |  |              |  |
|------|--|--------------|--|
| Name |  | Geburtsdatum |  |
| Name |  | Geburtsdatum |  |
| Name |  | Geburtsdatum |  |

Pflegeeltern  
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Familienhelfer  
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

## Kostenbeitrag

Ich stimme dem pauschalen Kostenbeitrag zu

ja wenn vorhanden - ALG II Bescheid / Wohngeldbescheid / Bescheid Kindergeldzuschlag

nein, dann bitte folgende Unterlagen einreichen

Nachweise über Miete oder Belastungen bei Wohneigentum

Nachweise über Hausrat- und Haftpflichtversicherung

Einkommensnachweis der letzten 3 Monate (z.B. Arbeitslohn, Unterhalt, Wohngeld ...)

## Erforderliche Unterlagen

Schwerbehindertenausweis

Nachweis zum Sorgerecht

Betreuungsvertrag der Einrichtung

Nachweis über Pflegestufe

Erklärung zur Internatsunterbringung

Ärztliches Zeugnis, aktuelle Gutachten

Bescheinigung von der Bildungsagentur über besonderen Förderungsbedarf  
(Schulfeststellungsbescheid)

## 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 Epikrisendaten, 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