

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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

Antragseingang

Betreuung in Pflegefamilien

Persönliche Angaben des zu fördernden Kindes

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

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------|---|------------------|------|
| Krankenkasse | | | | | | | |
| Pflegegrad | ja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein |
| Schwerbehindertenausweis | ja | nein | Merkzeichen | | | Behinderungsgrad | % |
| Sorgerecht | Kindesmutter Amtsvormund | Kindesvater Ampfpfleger | Eltern Einzelvormund | Einzelpfleger | | | |

| | | | |
|--|--|----|------|
| Ansprüche gegen Dritte auf Grund eines | Unfalles | ja | nein |
| | Impfschadens | ja | nein |
| | vorsätzlichen und rechtswidrigen tätlichen Angriffs | ja | nein |

| Angaben zur Pflegefamilie | Vater | Mutter |
|---|-------|--------|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | |
| Telefonnummer für Rückfragen <small>(freiwillige Angabe)</small> | | |

| Angaben zur Familie | Vater | Mutter |
|---|-------|--------|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | |
| Ggf. abweichende Wohnanschrift | | |
| Familienstand | | |
| ausgeübter Beruf | | |
| Telefonnummer für Rückfragen <small>(freiwillige Angabe)</small> | | |

Antrag auf Eingliederung - Betreuung in Pflegefamilien
Stand August 2017

| Weitere im Haushalt der Pflegefamilie lebende Kinder | | | |
|---|----|----|----|
| | 1. | 2. | 3. |
| Name, Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| | 4. | 5. | 6. |
| Name, Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |

Erforderliche Unterlagen

Schwerbehindertenausweis

Entwicklungstest oder Leistungskurve

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

Fachärztliche Unterlagen

Nachweis zum Sorgerecht

Bankverbindung Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

| | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|
| Name Kreditinstitut | | Name Kontoinhaber | |
| IBAN | | BIC | |

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