

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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

Antragseingang

Integrative Kindertagesstätte (auch Hort)

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							
Pflegegrad	ja	1	2	3	4	5	nein
Schwerbehindertenausweis	ja	nein	Merkzeichen		Behinderungsgrad	%	
Anschrift des Kindergartens/ der Schule							
Seit wann							

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

Antrag auf Eingliederungshilfen - Integrative Kindertagesstätte
Stand August 2017

Angaben zu den Geschwisterkindern

Name		Geburtsdatum	
Name		Geburtsdatum	
Name		Geburtsdatum	

Pflegeeltern
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Familienhelfer
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Erforderliche Unterlagen

Schwerbehindertenausweis

Kopie U-Heft (gelbes Heft)

Betreuungsvertrag der Kindertagesstätte

Nachweis zum Sorgerecht

(ggf. Negativbescheinigung vom Jugendamt)

Stellungnahme des Kindergartens zur Notwendigkeit der integrativen heilpäd. Förderung mit Angabe der Förderbereiche und welche Ziele mit der Förderung erreicht werden sollen

Bescheinigung von der Bildungsagentur über besonderen Förderungsbedarf

(Schulfeststellungsbescheid)

Nachweis über Pflegegrad

Nachweis über derzeit laufende Therapien und ggf. Berichte der Therapeuten, SPZ o. ähnliches
(Psycho-, Physio-, Ergotherapie-, Logopädie)

ärztliches Zeugnis

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