

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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

Antragseingang

Kindereinrichtung mit heilpädagogischer Gruppe

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 - Kindereinrichtung mit heilpädagogischer Gruppe
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 folgenden 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 der Zugehörigkeit Krankenkasse

Kinder-Untersuchungsheft

Ärztliches Zeugnis

(vom behandelnden Kinder- oder Hausarzt)

Betreuungsvertrag der Kindertagesstätte

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

Nachweis zum Sorgerecht

Nachweis über derzeit laufende Therapien und ggf. Berichte der Therapeuten

(Psycho-, Physio-, Ergotherapie-, Logopädie)

Psychologische Gutachten oder Auswertungen (falls vorhanden)

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