

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	Kindesvater	Eltern	
	Amtsvormund	Amtspfleger	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 07/2018

<b>Weitere im Haushalt der Pflegefamilie lebende Kinder</b>			
	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

<b>Bankverbindung</b> 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.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen des Gesamtplanverfahrens eine Hospitation in der Einrichtung durchgeführt wird.

Das Informationsschreiben zum Datenschutz habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der sorgeberechtigten Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der sorgeberechtigten Person

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnehmenden