



A N T R A G
auf Gewährung von Eingliederungshilfe
nach
§§ 99, 113, 79 SGB IX

Heilpädagogische Leistungen

Erstantrag

Frühförderung

Folgeantrag

integrative Betreuung

I. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status ?(mit Nachweis)
Schwerbehindertenausweis Wenn ja. GdB und Merkzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße, Wohnort	
Seit wann im Landkreis Stendal wohnhaft:	
<p>Das o.g. Kind erhält bereits folgende Maßnahmen:</p> <p><input type="checkbox"/> Logopädie seit.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ergotherapie seit.....</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik seit.....</p> <p><input type="checkbox"/> Physiotherapie seit.....</p> <p><input type="checkbox"/> besucht das Kind eine Kindertagesstätte Ja/Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Einrichtung..... Seit wann.....</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen des Jugendhilfeträgers?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche? (z.B. Familienhilfe)</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wurden Leistungen beim Jugendhilfeträger beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche?.....</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Der Schuleintritt ist zum in der Schule..... vorgesehen</p>	

II. Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Staatsangehörigkeit (Nachweis)		
Familienstand		
Straße		
Wohnort		
Telefon-Nummer		
Arbeitgeber und Anschrift des Arbeitgebers		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere sorgeberechtigte Personen (Amtsvormund, Ergänzungspfleger)		
Name, Vorname		
Anschrift		
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname der Pflegeeltern		
Anschrift		
Telefon		

III. Ansprüche	des Vaters	der Mutter
Besteht Anspruch auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. der Beihilfe-Stelle und Angabe der Vers. Mitgliedsnummer		
Das Kind ist mit	<input type="checkbox"/> seinem Vater	<input type="checkbox"/> seiner Mutter
bei der		
Bezeichnung der Krankenkasse (genaue Anschrift und Vers. Nummer) krankenversichert		
Die Behinderung ist Folge		
- eines Unfalls	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- eines Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- eines schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen		

IV. Begründung IV des Antrages**V. Fahrtkosten (nur für Betreuung in integrative Kita und Hort)**

Werden Fahrtkosten beantragt?

 ja nein

Es ist grundsätzlich Aufgabe der Eltern, die notwendige Beförderung und Begleitung des Kindes Auf dem Weg zur iKita und nach Hause sicherzustellen.
Sollte dies im Einzelfall nicht möglich sein, sind die Gründe aufzuzeigen (evt. Arbeitszeiten, Wegstrecke der öffentl. Verkehrsmittel und Zeitangabe, Entfernung Wohnort zur Haltestelle bzw. Haltestelle zur iKita u.a.)

VI. Erklärung

Ich/ Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen und Dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/ uns bekannt, dass ich mich/ wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine/ unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Ort

Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw. des/der
Sorgeberechtigten

Wunsch zur Aufnahme in einer integrativen Kindertagesstätte oder eines integrativen Hortes
(setzt jedoch den entsprechenden Hilfebedarf voraus)
(Anschrift der integrativen Einrichtung)

Folgende Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen:

- Ärztliche Empfehlung mit Diagnose
- Weitere Gutachten/ Stellungnahmen
- (z.B. SPZ, Kliniken u.a.)
- Kopie Bestätigung der Schulrückstellung (soweit vorhanden)

Folgende Unterlagen sind dem Folgeantrag beizufügen:

- Entwicklungsbericht der Frühförderstelle bzw. der integrativen Kindertagesstätte
- Weitere ärztliche Gutachten (soweit vorhanden)
- Kopie Bestätigung der Schulrückstellung (soweit vorhanden)

Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialleistungen Vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

**Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
sowie datenschutzrechtliche Einwilligung**

Familienname, Vorname, Geburtsdatum
Anschrift
Gesetzlicher Vertreter

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen **gegenüber der nachgenannten Behörde** zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Behörde Landkreis Stendal Der Landrat Sozialamt/ Jugendamt/ Gesundheitsamt Hospitalstraße 1-2 39576 Stendal
--

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Erklärenden bzw. des
Gesetzlichen Vertreters