

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 79, 99, 113 SGB IX
für Heilpädagogische Leistungen**

Sie haben Fragen zu Ihrem Antrag?
Rufen Sie uns gerne an.
Bearbeiter: Fr. Eggert 03931 – 607013
und Fr. Müller 03931 – 607015

An den Landkreis Stendal
Sozialamt - Eingliederungshilfe
Bereich Frühförderung
Hospitalstr. 1-2
39576 Hansestadt Stendal



Erstantrag

Frühförderung

Folgeantrag

integrative Betreuung

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

II. Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter	
Name, Vorname			
Geburtsdatum/ -ort			
Staatsangehörigkeit (Nachweis)			
Familienstand			
Straße			
Wohnort			
Telefon-Nummer			
E-Mail-Adresse			
Ausgeübte Tätigkeit			
Name u. 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 Versicherungs-Nummer) krankenversichert.			
Die Behinderung ist Folge			
- eines Unfalls	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
- eines Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
- eines schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen.			

IV. Begründung des Antrages

V. Fahrtkosten (nur für Betreuung in integrativer 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.)

Begründung:

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 Auflagen der Sozialhilfe erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

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

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Erklärenden bzw. des
gesetzlichen Vertreters