

Antrag auf Fachleistungen der Eingliederungshilfe für Kinder nach §§ 79, 99, 113 SGB IX

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



I. Persönliche Verhältnisse des Kindes		
Familienname, Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Anschrift des Kindes Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Zugezogen am von		
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern: in Deutschland seit? <i>Aufenthaltsrechtlichen Status bitte per Kopie dem Antrag beilegen!</i>		
Anerkannte Schwerbehinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen
Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<i>Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises oder Bescheid beifügen!</i>		
Die Behinderung ist in Folge		
– eines Impfschadens entstanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– eines Unfalls entstanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– eines schuldhaften Verhaltens Dritter entstanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Bestehen Regressansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, gegen wen? _____		
Liegt ein Urteil vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen!</i>		
Bestehen mögliche Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträger, bzw. wurden dort Leistungen beantragt?		
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Lebens- und Sterbeversicherung
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> sonstige Ansprüche	
Art des Anspruchs _____		
Versicherungs-/Leistungsträger _____ mit Anschrift und Aktenzeichen _____		
Leistung beantragt am _____ Abgelehnt am _____		
Falls Widerspruch/ Klage mit Datum und Geschäftszeichen _____		

Kranken-/ Pflegeversicherung des Kindes

Leistungsträger (Name) _____
 (genaue Anschrift) _____

Krankenversicherungs-Nr. _____
 des Kindes _____

Die Mitgliedschaft besteht über die Mutter über den Vater über sonstige Person

Das Kind ist: pflichtversichert Familienversichert privat versichert
 freiwillig gesetzlich versichert nicht versichert

Pflegegrad

Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____ Ja Nein

Kopie des Bewilligungsbescheides der Kranken-/Pflegekasse + MDK-Gutachten beilegen!

Hat Ihr Kind durch einen behandelnden Arzt eine Verordnung/ Rezept zur medizinischen Behandlungspflege erhalten?

Ja Nein

Falls ja, bitte Kopie über die Verordnung/des Rezeptes beilegen!

Das o.g. Kind erhält bereits folgende Maßnahmen:

Logopädie (Einrichtung, wo?) _____ seit _____
 Ergotherapie _____ seit _____
 Krankengymnastik _____ seit _____
 Physiotherapie _____ seit _____
 sonstige Maßnahmen: _____ seit _____
 _____ seit _____

Aufenthalt vor der Beantragung der Hilfe (z.B. in einer Einrichtung, Klinik, Inobhutnahme)

von – bis	in Einrichtung (Name, Anschrift)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung?

Erhalten Sie Leistungen des Jugendhilfeträgers?

Ja Nein

Wenn ja, welche (z.B. Familienhilfe, Name, Anschrift, Tel-Nr.) _____

Wurden Leistungen vom Jugendhilfeträger beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde bereits Eingliederungshilfe bezogen?


Nein
 Ja, vom Sozialamt _____ bis _____

Besucht Ihr Kind bereits eine Kindertagesstätte/ Schule?

Ja Nein
 Halbtags Ganztags

Seit wann? _____
 Name der Einrichtung _____
 Straße, Hausnummer, _____
 Postleitzahl, Ort _____

Der Schuleintritt ist im Jahr _____ in der Schule _____ vorgesehen.

II. Familienverhältnisse <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> der Pflegemutter* <input type="checkbox"/> des Vaters <input type="checkbox"/> des Pflegevaters* <i>*Bitte Bestellsurkunde beifügen!</i>	
	
Familienname, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Bei Ausländern: in Deutschland seit? <i>Aufenthaltsrechtlichen Status bitte per Kopie dem Antrag beilegen!</i>	
Familienstand	
Anschrift Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig! Telefonische Absprachen können das Verfahren jedoch beschleunigen.	
E-Mail-Adresse Die Angabe der E-Mail-Adresse ist freiwillig! Rückfragen per E-Mail können das Verfahren jedoch beschleunigen.	
Arbeitgeber Name, Anschrift	
Ausgeübte Tätigkeit	
Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Eltern sind gemeinsam Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt ist nur die Mutter* <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt ist nur der Vater* <input type="checkbox"/> andere Sorgeberechtigte* (z.B. Großeltern, Pflegeeltern, Geschwister gesetzlicher Vormund) seit wann: _____	
<i>*Der Sorgerechtsnachweis ist dem Antrag beizufügen!</i>	
III. Beantragte Leistung und Begründung des Antrages	
Was wird beantragt? <input type="checkbox"/> Erstantrag für <input type="checkbox"/> Folgeantrag für	
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Integrative Betreuung für	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort
<input type="checkbox"/> sonstige _____	
Es liegt eine diagnostizierte Behinderung vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> noch nicht festgestellt
Es liegt folgende Behinderung vor	<input type="checkbox"/> mehrfache Behinderung <input type="checkbox"/> rein geistige Behinderung <input type="checkbox"/> rein körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> rein seelische Behinderung <input type="checkbox"/> noch nicht festgestellt

Bitte begründen Sie aus Ihrer Sicht, weshalb Ihr Kind eine Förderung benötigt, bei welchen Aktivitäten und Abläufen Ihr Kind besondere Schwierigkeiten hat, und warum dieser Bedarf nicht anderweitig gedeckt werden kann:

Nur wenn bei Ihrem Kind der Hilfebedarf im Rahmen des Gesamtplanverfahrens festgestellt worden ist und die Eingliederungshilfe in Form von Frühförderung gewährt werden würde, bitten wir vorab um **Auswahl der bevorzugten Frühförderstelle** um die Bearbeitungszeit des Verfahrens nicht unnötig zu verlängern (die Auswahl bedingt keinen Anspruch).

Für den Fall, dass Eingliederungshilfe in Form von Frühförderung gewährt wird, wähle ich folgende Frühförderstelle:

- Heilpädagogische Praxis - Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle
Am Dom 14, 39576 **Stendal**
- Lebenshilfe Osterburg g GmbH – Frühförder- und Beratungsstelle
Dr.- Gustav- Nachtigal- Str. 5, 39576 **Stendal**
- Heilpädagogische Praxis – Frühförderstelle
Kirchstr. 28, 39606 **Osterburg**
- Lebenshilfe Osterburg g GmbH – Frühförder- und Beratungsstelle,
Ernst- Thälmann- Straße 14, 39606 **Osterburg**

Nur wenn bei Ihrem Kind ein besonderer Hilfebedarf im Rahmen des Gesamtplanverfahrens festgestellt worden ist, der über die Leistung der Frühförderung hinausgehen wird und die Eingliederungshilfe in Form einer integrativen Betreuung gewährt werden würde, bitten wir vorab um **Auswahl der/des bevorzugten integrativen Kita/Hort** um die Bearbeitungszeit des Verfahrens nicht unnötig zu verlängern (die Auswahl bedingt keinen Anspruch).

Für den Fall, dass Eingliederungshilfe in Form einer integrativen Betreuung gewährt wird, wähle ich folgende integrative Einrichtung für mein Kind (freie Kapazitäten und räumliche, sachliche und personelle Rahmenbedingungen vorausgesetzt):

Name der Einrichtung _____
Anschrift _____

IV. Fahrtkosten/Fahrdienst (nur für integrative Betreuung Krippe, Kita, Hort)

Werden Fahrtkosten, bzw. die Beförderung mit einem Fahrdienst beantragt? Ja Nein

Hinweis: Es ist grundsätzlich Aufgabe der Eltern die notwendige Beförderung und Begleitung des Kindes auf dem Weg zur Kindertagesstätte und nach Hause sicherzustellen, **unabhängig von beruflichen Obliegenheiten** (elterliche Fürsorge §§ 1626 BGB ff.). Dieser Grundsatz gilt **unabhängig des Vorliegens einer Behinderung des Kindes**. Sollte dies im Einzelfall nicht möglich sein, sind die Gründe aufzuzeigen, wieso das Kind nicht zur Kindertagesstätte gebracht werden kann.

Begründung:

Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sie sind verpflichtet, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen.

Soweit sich die persönlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Umzug, Änderung im Sorgerecht,) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, ist dies unaufgefordert dem zuständigen örtlichen Eingliederungshilfeträger mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

V. 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

Folgende Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen:

- Ärztliche Empfehlung mit Diagnose
- weitere Gutachten/ Stellungnahmen, Entlassungsbriefe, Berichte (z.B. SPZ, Kliniken u.a.)
- Kopie Bestätigung der Schulrückstellung (soweit vorhanden)
- bei Ausländischen Mitbürgern Kopie des Ausländerrechtlichen Status (Vorder- und Rückseite)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (soweit vorhanden) oder des Bescheides
- bei Pflegegrad Bescheid der Kranken-/ Pflegekasse + MDK-Gutachten

Folgende Unterlagen sind dem Folgeantrag beizufügen:

- Entwicklungsbericht der Frühförderstelle bzw. der integrativen Kindertagesstätte
- weitere aktuelle ärztliche Gutachten (Stellungnahmen, Entlassungsbriefe, Berichte, etc.)
- Kopie Bestätigung der Schulrückstellung (soweit vorhanden)
- bei Ausländischen Mitbürgern Kopie des Ausländerrechtlichen Status (Vorder- und Rückseite)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (soweit vorhanden) oder des Bescheides
- bei Pflegegrad Bescheid der Kranken-/ Pflegekasse + MDK-Gutachten

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 (§§ 67, 100 des SGB X)

Familienname, Vorname, Geburtsdatum
Anschrift
Gesetzlicher Vertreter

Die Schweigepflichtentbindung wird zur Feststellung der Leistungsberechtigung infolge der Bearbeitung eines Antrages auf Bewilligung/Weiterbewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch benötigt.

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.

Ich entbinde am Verfahren beteiligte pädagogische, psychologische, medizinische und therapeutische Fachkräfte von deren Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Bei Ärztinnen/ Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang sowie Auswirkung der Behinderung/Pflegebedürftigkeit.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass im Zusammenhang mit meiner Angelegenheit Auskünfte auch von Dritten bzw. Mitteilung an Dritte (z.B. Bevollmächtigte, Leistungserbringer wie z.B. Förderstellen, Kita, etc.) gemacht werden können, deren Beteiligung sich aus der Leistungsgewährung ergibt.

Ich willige ein, dass im Falle der Gewährung von Frühförderung eine Information mit meinen persönlichen Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefon-Nr.) an die zuvor ausgesuchte Frühförderstelle zur persönlichen Kontaktaufnahme übermittelt wird.

Diese Erklärung besteht bis zur Beendigung der Leistung durch den Träger der Eingliederungshilfe bzw. bis auf Widerruf.

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

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Erklärenden bzw. des
gesetzlichen Vertreters