

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 99, 102 und 113 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

| | |
|---|---|
| Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes: | |
| Name, Vorname | |
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsdatum und -ort | |
| Straße | |
| Wohnort | |
| Seit wann am jetzigen Wohnort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Erhielt Ihr Kind in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, von welchem Träger der Eingliederungshilfe: Name: _____ Anschrift: _____ |
| Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVE) wird zurzeit besucht? | |

| Familienverhältnisse | Elternteil 1 | Elternteil 2 |
|--|---|---|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Familienstand | | |
| Straße | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Telefonnummer <small>(Angabe freiwillig)</small> | | |
| Email-Adresse <small>(Angabe freiwillig)</small> | | |
| Personensorgeberechtigt | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Falls nicht Elternteile personensorgeberechtigt, Personensorgeberechtigte/r: | | |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pflegekind | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Name der Pflegeeltern | | |
| Anschrift | | |
| Zuständiges Jugendamt | | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Angaben zur beantragten Hilfe | | |
| Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch: | | |
| Ab wann wird die Hilfe beantragt? | | |
| Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt? | | |
| Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von wem? | | |
| Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen? | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| Anderweitige Ansprüche | | |
| Das Kind ist | selbst <input type="checkbox"/> | mit Elternteil 1 <input type="checkbox"/> |
| | | mit Elternteil 2 <input type="checkbox"/> |
| krankenversichert privat <input type="checkbox"/> | gesetzlich <input type="checkbox"/> | |
| bei der | | |
| Anschrift: | | |
| Die Behinderung/Teilhabeeinschränkung ist Folge - eines Unfalles | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | - eines Impfschadens | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | - schuldhaften Verhaltens Dritter | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

- Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan
 - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
 - Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
 - Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
 - Vollmacht zur **Antragstellung**

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll 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/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Eingliederungshilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis der/des zweiten Personensorgeberechtigten bestätigt.

Das Informationsblatt nach Art. 13, 14 EU-DSGVO lag dem Antrag bei.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) der Eltern bzw.
der Personensorgeberechtigten