

Eingangsdatum:

Antrag

auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
Leistungen der Eingliederungshilfe für **Kinder und Jugendliche**

Welche Leistung(en) beantragen Sie?:

- Frühförderung
- Integrative Leistungen in Kindergärten
- Schulbegleitung in einer öffentlichen allgemeinen Schule
- Schulbegleitung in einer privaten allgemeinen Schule
- Schulbegleitung in einem öffentlichen Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)
- Schulbegleitung in einem privaten Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)
- Leistungen zur Schulbildung über Tag in einem SBBZ
- Leistungen über Tag und Nacht (Internat oder vollstationäre Unterbringung)
- Leistungen in einer Pflegefamilie
- Sonstige Leistungen: _____

Wurden bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt?

- nein
- ja, in der Zeit von _____ bis _____
Von wem? _____

Wurden die oben beantragten Leistungen bereits bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt? (z.B. Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, etc.)

- nein
- ja, (wann/wo?) _____

Wurden die oben beantragten Leistungen bereits von einem anderen Rehabilitationsträger bewilligt oder abgelehnt?

- nein
- ja (Bitte Bescheid in Kopie beifügen.)

1. Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Geschlecht

- männlich
- weiblich
- divers

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit

- deutsch
- andere: _____
(Bitte 5. „Für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen.)

2. Aufenthaltsverhältnisse des Kindes

Seit wann lebt das Kind am Ort der Antragstellung?

Von wo ist das Kind zugezogen?

3. Persönliche Angaben zu den Eltern/ Betreuungspersonen		
Familienname ggf. Geburtsname	Elternteil 1/ Betreuungsperson:	Elternteil 2/ Betreuungsperson:
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse (wenn abweichend vom Kind)		
Sorgeberechtigt? (Wenn Eltern nicht zusammen sorgeberechtigt sind, bitte Nachweis beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		
E-Mail (freiwillige Angabe)		

4. Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten (nur auszufüllen, wenn Eltern nicht sorgeberechtigt sind)	
Besteht eine Vormundschaft oder Pflegschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen.)
Familienname, Vorname	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)	

5. Für ausländische Staatsangehörige	
Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status des Kindes? (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungs- erlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung)	(Bitte Nachweis der Ausländerstelle in Kopie beifügen.)
Wann und warum erfolgte die Einreise nach Deutschland?	Datum der Einreise: _____
	Grund der Einreise: _____ _____

6. Angaben zum Kindergarten/ der Schule	
Kindergarten/ Schule	
Adresse Kindergarten/ Schule	
Träger des Kindergartens/ der Schule (z.B. Stadt, Gemeinde, Kirche, Verein)	
Adresse des Trägers	
Der Kindergarten/ die Schule	<input type="checkbox"/> wird seit _____ besucht <input type="checkbox"/> soll ab _____ besucht werden
Klasse	
Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ (Bitte Stelle angeben und Nachweis beifügen.)
7. Angaben zur Behinderung	
Art der Behinderung	(Bitte aktuelle ärztliche Unterlagen (mit Diagnosen) in Kopie beifügen.)
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Bitte Kopie beifügen.) gültig bis: _____ Grad der Behinderung: _____ mit Merkzeichen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____
Erhält das Kind oder ein Familienangehöriger Entschädigungsleistungen nach Entschädigungsgesetzen? (Z.B. Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz/ Impfschäden (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG) oder sonstiger Entschädigungsgesetze)	BVG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ OEG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ IfSG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ HHG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ Sonstige: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ (Falls ja, bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen.)
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen Schadensersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Gegen wen? _____
Bestehen Ansprüche aus einer Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Bei wem? _____

8. Kranken- und Pflegeversicherung des Kindes	
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung bei _____
Hat das Kind einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Pflegegrad _____ <small>(Bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen.)</small> <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <small>(Bitte Nachweis beifügen.)</small>
Ist das Kind beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <small>(Beihilfestelle, Aktenzeichen)</small> Beihilfeberechtigte/-r: _____ <small>(Name, Vorname, Geburtsdatum)</small>
9. Sonstige Angaben	
Das Kind wird von einer Sonderpädagogischen Beratungsstelle /Betreuungsstelle betreut	Ansprechpartner, Adresse, Telefonnummer
Das Kind erhält Frühförderung durch	Name, Adresse
Das Kind erhält Krankengymnastik durch	Name, Adresse
Das Kind erhält Ergotherapie durch	Name, Adresse
Das Kind erhält Sprachtherapie/ Logopädie durch	Name, Adresse
Das Kind erhält eine andere Therapie durch	Therapie, Name, Adresse
10. Bankdaten	
Kontoinhaber:	
Institut:	
IBAN:	
BIC:	

11. Hinweis:

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden können.

12. Erklärung:

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss. Über meine Mitwirkungspflichten, Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

Anlagen:

(Bitte nur Kopien)

- Ärztliche Berichte mit ICD-Diagnosen
- Einwilligungserklärung Datenschutz
- Schwerbehindertenausweis
- Sorgerechterklärung
- Bescheid Versorgungsamt
- Nachweis zum Aufenthaltsstatus
- Nachweis zur Vormundschaft oder Pflegschaft
- Bescheid der Pflegekasse zum Pflegegrad
- Ablehnungsbescheid oder Bewilligungsbescheid anderer Rehabilitationsträger
- Stellungnahme des Kindergartens zur notwendigen zusätzlichen Hilfskraft (Begleitperson/Bufdi und/oder Pädagogische Hilfe)
- Stellungnahme der Schule
- Feststellungsbescheid sonderpädagogisches Bildungsangebot
- Fragebogen zu Teilhabeinschränkungen
- Anlage Einkommen und Vermögen