

Bezirksverwaltung
Prinzregentenstraße 14
80538 München

U 4 oder U 5 Haltestelle Lehel
Bus 100 Haltestelle Königinstraße

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort?	
Staatsangehörigkeit	
Kopie Ausweis oder Pass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVF) wird zurzeit besucht?	

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name		
Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Kopie Ausweis oder Pass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienstand		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Wohnort		
Telefonnummer		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, von wem?	
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?	

Anderweitige Ansprüche	
Das Kind ist krankenversichert	
<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> mit seinem Vater <input type="checkbox"/> mit seiner Mutter
<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich
bei der	
Anschrift:	
Die Behinderung ist Folge eines	- Unfalles <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Impfschadens <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- schuldhaften Verhaltens Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:	

- 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 Sozialhilfeträger 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 des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw.
der Sorgeberechtigten