

Bezirksverwaltung
Regionalbüro Ingolstadt
Proviantstr. 5
85049 Ingolstadt

**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