

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)  
durch Übernahme der Kosten für die Betreuung in einer

Isolierte heilpädagogische Maßnahme

Integrativen Kindertageseinrichtung

Integrationskrippe   
Integrationskindergarten   
Integrationshort

Persönliche Verhältnisse des Kindes:	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort?	
Staatsangehörigkeit	
Bisher durchgeführte Maßnahmen/Zeitraum/Kostenträger:	

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und –ort		

Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße und Hausnummer		
PLZ Wohnort		
Telefon		
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Person sorgeberechtigt (Amtsvormund, Ergänzungspfleger)? Angabe Name, Anschrift usw.		

Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeeltern	
Anschrift, Telefonnummer	
Wohnort des Kindes <u>vor Aufnahme</u> in Pflegefamilie	

<b>Anderweitige Ansprüche</b>			
Das Kind ist	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> mit seinem Vater	<input type="checkbox"/> mit seiner Mutter
	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	krankenversichert
bei der	_____		
Anschrift:	_____		
Die Behinderung ist Folge	- eines Unfalls	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- eines Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- eines schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beilegen.			

<b>Angaben zur beantragten Hilfe</b>
Name, Anschrift der Einrichtung:
Ab wann wird die Hilfe beantragt? Bitte ggf. Kopie der Bestätigung über mögliche Aufnahme von der Einrichtung vorlegen:

Wer hat die Maßnahme vorgeschlagen/verordnet:

Nur bei Integrativen Kindertageseinrichtungen:

Folgende Buchungszeit ist mit dem Träger der Einrichtung vereinbart:

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| > 3 bis einschließlich 4 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 4 bis einschließlich 5 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 5 bis einschließlich 6 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 6 bis einschließlich 7 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 7 bis einschließlich 8 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 8 bis einschließlich 9 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 9 Stunden                      | <input type="checkbox"/> |

Bitte Vereinbarung mit dem Träger der Einrichtung über Buchungszeit beifügen bzw. nachreichen.

**Folgende Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen:**

- ärztliches Gutachten mit Diagnose (soweit vorhanden)
- weitere Gutachten oder Stellungnahmen (soweit vorhanden)
- Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden)

**Folgende Unterlagen sind einem Verlängerungsantrag beizufügen:**

- Entwicklungsbericht, Förder- und Erziehungsplanung
- weitere ärztliche Gutachten (soweit vorhanden)
- Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden)

#### **Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X:**

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfeleistungen 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). Die Daten werden für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 – 128 SGB XII).

#### **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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Eltern bzw. aller  
Sorgeberechtigten