

Bezirksverwaltung
Regionalbüro Ingolstadt
Proviantstr. 5
85049 Ingolstadt

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	

Anderweitige Ansprüche			
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.			

Angaben zur beantragten Hilfe
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