

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 einen

### Individualbegleiter für den Besuch einer Tageseinrichtung und/oder Schule

für Kinder im Vorschulalter  für Kinder im Schulalter

Falls Sie diesen Antrag zusätzlich zu den Leistungen in einer Heilpädagogischen Tagesstätte (HPT) oder einer Integrativen Kindertageseinrichtung (iKiTa) stellen und bereits einen entsprechenden Antrag eingereicht haben, bitte nur noch die Nr. I. und IV. ausfüllen.

I. 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 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status (mit Nachweis)	
Bisher durchgeführte Maßnahmen/ Zeitraum/Kostenträger:	
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeeltern	

Anschrift, Telefonnummer	
Wohnort des Kindes <u>vor Aufnahme</u> in Pflegefamilie	

<b>II. Familienverhältnisse</b>	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
Name, Vorname		
Geburtsdatum und –ort		
Staatsangehörigkeit Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status (mit Nachweis)		
Familienstand		
Straße und Hausnummer		
PLZ Wohnort		
Telefon		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Person sorgeberechtigt, z.B. Amtsvormund, Ergänzungspfleger (Name, Anschrift, Bestallungsurkunde)		

Außer dem Kind und seinen Eltern im gemeinsamen Haushalt lebende Geschwister	1.	2.
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

<b>III. 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.			

#### IV. Angaben zur beantragten Hilfe

Ab wann wird die Hilfe beantragt? \_\_\_\_\_

In welcher Einrichtung soll die Begleitung erfolgen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtig:** Bitte eine Stellungnahme der Einrichtung, in der das Kind die Begleitung/Betreuung erhalten soll, zur Notwendigkeit des Individualbegleiters vorlegen.

Name, Anschrift des Individualbegleiters bzw. des anbietenden Dienstes, falls bereits bekannt:

Die Maßnahme wurde vorgeschlagen von:

#### Folgende weitere Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen bzw. umgehend nach Vorliegen nachzureichen:

- ärztliches Gutachten mit Diagnose (ICD-10) und Angabe der Ausprägung und Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe (soweit vorhanden)
- weitere Gutachten oder Stellungnahmen (soweit vorhanden)
- Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
- Genehmigung der Schule (Formblatt liegt der Schule vor) sowie aktueller Stundenplan
- Kostenvoranschlag

#### Folgende Unterlagen sind einem Verlängerungsantrag beizufügen:

- ärztliche Bestätigung (soweit vorhanden)
- Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
- Genehmigung der Schule (Formblatt liegt der Schule vor) sowie aktueller Stundenplan

#### 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