

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

Heilpädagogischen Tagesstätte (HPT)

für Kinder im Vorschulalter HPT ist zusätzlich zum Besuch der
Schulvorbereitenden Einrichtung (SVE)
für Kinder im Schulalter

I. Persönliche Verhältnisse des Kindes:	
Name, Vorname	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum und –ort	
Straße und Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Staatsangehörigkeit Bei Ausländern aufenthalts- rechtl. Status (mit Nachweis)	
Bisher durchgeführte Maßnah- men/Zeitraum/Kostenträger:	
Bei Schulkindern: Namen der Schule und Schul- form (Diagnose Förderklasse) angeben	

II. Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und –ort		
Staatsangehörigkeit Bei Ausländern aufenthalts- rechtl. 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 (Amtsvormund, Ergänzungspfleger)? Angabe Name, Anschrift usw.		

Außer dem Kind und seinen Eltern im gemeinsamen Haushalt lebende Personen	1.	2.
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zum Kind		

Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, sind Angaben zu den Nr. V und VI dieses Antragsvordruckes nicht erforderlich.
Name der Pflegeeltern	
Anschrift, Telefonnummer	
Wohnort des Kindes <u>vor Aufnahme</u> in Pflegefamilie	

III. 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.			

IV. 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:

Fahrtkosten zur und von der HPT werden beantragt ja nein

Es ist grundsätzlich Aufgabe der Eltern, die notwendige Beförderung und Begleitung des Kindes auf dem Weg in die HPT und nach Hause sicherzustellen.

Sollte dies im Einzelfall nicht möglich sein, kann an dieser Stelle die Übernahme der Fahrtkosten beantragt werden.

Dabei sind die Hinderungsgründe auf einem gesonderten Blatt darzulegen, insbesondere:

- Bescheinigung des Arbeitgebers über tägliche Arbeitszeiten sowie Bestätigung darüber, dass die Arbeitszeiten nicht verschoben werden können und
- Beschreibung der Wegstrecke einschließlich der öffentlichen Verkehrsverbindungen sowie Zeitangaben.

Die HPT wird an _____ Tagen pro Woche besucht.

Das Kind nimmt folgende von der Einrichtung zur Verfügung gestellte Mahlzeiten ein:

Frühstück ja nein
 Mittagessen ja nein

V. Bezug von Sozialleistungen

Werden derzeit andere Sozialleistungen bezogen?

Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII ja nein
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII ja nein
 Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II ja nein

Falls ja, bitte eine Kopie des jeweiligen Bescheides beifügen.

Falls nein, bitte mit Nr. VI fortfahren.

VI. Einkommensverhältnisse

Auf die unter Nr. VI dieses Antragsvordrucks geforderten Angaben wird verzichtet, wenn Sie sich bereit erklären, die Kosten der täglichen Verpflegung in der Heilpädagogischen Tagesstätte monatlich an den Bezirk Oberbayern in Form eines Kostenbeitrages zu entrichten. Die Kosten des Mittagessens betragen derzeit 1,50 € anwesenheitstäglich, die Kosten des Frühstücks sowie des Abendessens betragen derzeit 0,84 € anwesenheitstäglich. Die Festsetzung des Kostenbeitrages erfolgt durch Bescheid des Bezirkes Oberbayern.

Erklärung des Einverständnisses mit der Zahlung des monatlichen Kostenbeitrages an den Bezirk ohne Überprüfung der Einkommensverhältnisse:

 Ort, Datum, Unterschrift(en)

Einkommen	des Vaters	der Mutter
Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit		
Einkommen aus selbstständiger Arbeit		
Rente		
Krankengeld		
Kindergeld für die im Haushalt lebenden Kinder		
Sonstiges Einkommen (Unterhalt, Einkommen aus Kapital-		

vermögen, Vermietung und Verpachtung, Wohngeld, etc.)		
<u>Abzusetzende Ausgaben:</u>		
Lohnsteuer/Einkommenssteuer		
Kirchensteuer		
<u>Versicherungsbeiträge für:</u>		
Krankenversicherung		
Rentenversicherung		
Arbeitslosenversicherung		
Pflegeversicherung		
Unfallversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Sterbegeldversicherung		
Hausratversicherung		
Lebensversicherung		
Notwendige Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Notwendige Aufwendungen für Fahrtkosten		
Wohnungsmiete		
Mietnebenkosten		

Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Folgende Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen:

- ärztliches Gutachten mit Diagnose
- 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