

A n t r a g

**auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach
§§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)**

| Personliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes | |
|---|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum und -Ort | |
| Straße | |
| Wohnort | |
| Seit wann am jetzigen Wohnort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVE) wird zur Zeit besucht | |

| Familienverhältnisse | des Vaters | der Mutter |
|-----------------------|---|---|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum u. - Ort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Familienstand | | |
| Straße | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Sorgeberechtigt | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----------------------|---|
| Pflegekind | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Name der Pflegeeltern | |
| Anschrift | |

| 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? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von wem? | |
| | |

Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?

Anderweitige Ansprüche

Das Kind ist selbst mit seinem Vater mit seiner Mutter krankenversichert
 privat gesetzlich

bei der.....

Anschrift:

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Die Behinderung ist Folge eines | - eines Unfalles | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | - eines Impfschadens | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | - schuldhaften Verhaltens Dritter | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen? ja nein

Wenn ja, welche:

| | | |
|----------------|--|--------------------------|
| <u>Anlage:</u> | Förder- und Behandlungsplan | <input type="checkbox"/> |
| | Pflegegutachten (soweit vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| | Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| | ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden) | <input type="checkbox"/> |

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) der Eltern
bzw. der Sorgeberechtigten