

**Antrag zur Bewilligung einer Eingliederungshilfe
nach dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

Antrag auf Gewährung von:

- Pflegefamilie
- stationäre Unterbringung

Beizufügende Unterlagen:

- ärztliche Unterlagen (SPZ, Kinderarzt, Ergotherapie etc.)
- Facharztberichte
- Schweigepflichtentbindung
- Bei alleinigem Sorgerecht: Nachweis über die alleinige Sorge

I. Angaben zum Kind

Vor- und Zuname		Geschlecht des Kindes
Geburtsdatum / -ort		Bitte Geburts- bzw. Abstammungsurkunde des Kindes vorlegen.
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Zugezogen von / am		Bei Zuzug bitte eine Aufstellung der Aufenthaltsorte seit Geburt des Kindes einreichen.
Derzeitiger Aufenthalt bei den		
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung Gültig bis	
Krankenkasse (Name und Anschrift)		KV-Nummer
	Versichert durch: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere Person: <input type="checkbox"/> selbst versichert	
Name und Anschrift der Schule		

II. Angaben zur Mutter

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Telefon / Mobil		
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung Gültig bis	
Familienstand		
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Falls nein, ist ein geeigneter Nachweis (z.B. Negativbescheinigung des zuständigen Jugendhilfeträgers) einzureichen.
Teile der elterlichen Sorge entzogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche:

III. Angaben zum Vater

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Telefon / Mobil		
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung Gültig bis	
Familienstand		
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Falls nein, ist ein geeigneter Nachweis (z.B. Negativbescheinigung des zuständigen Jugendhilfeträgers) einzureichen.
Teile der elterlichen Sorge entzogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche:

IV. Ggf. Angaben zum gesetzlichen Vertreter / Betreuer

Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte Betreuerausweis/ Vollmacht vorlegen.
	Nein <input type="checkbox"/>	
	Eingeleitet am: Bestellung durch Amtsgericht:	
Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Telefon / Mobil		
E-Mail		

V. Unterlagen / Weitere Angaben zum Kind

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Ausweiskopie vorlegen.
	Vorhandene Merkzeichen: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> R		Grad der Behinderung:
Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Einstufungsbescheid vorlegen.
Unterstützung durch sozialen Dienst (Jugendamt)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wird eine Rente vom Versorgungsamt bezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Rentenbescheid (Impfschädigung oder Opferentschädigungsgesetz) vorlegen.
Begleitende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Fachklinik <input type="checkbox"/> Fachärzte <input type="checkbox"/> Kinderärzte <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Spezielle Frühförderung <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Psychomotorik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bereits erhaltene Maßnahmen (nur auszufüllen bei Zuzug)	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Spezielle Frühförderung <input type="checkbox"/> Integrationsplatz in Kitas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Von welchem Sozialhilfeträger wurden die Kosten übernommen?
Wurden innerhalb der letzten 6 Monate Eingliederungshilfeleistungen bezogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Landkreis / Behörde angeben:

VI. Kindergeldanspruch

Für das Kind wird Kindergeld bezahlt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Eingeleitet am: Bestellung durch Amtsgericht:	
Kindergeldberechtigter ist	<input type="checkbox"/> der junge Mensch selbst <input type="checkbox"/> die Mutter <input type="checkbox"/> der Vater <input type="checkbox"/> ein Dritter, und zwar	
Kindergeld-Nr.		
Familienkasse		
Gesamtkindergeld	€	
Zu berücksichtigende Anzahl der Kinder		
Wurden weitere Leistungen beantragt (z.B. BaföG)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche Leistungen wurden beantragt:

VII. Ansprüche gegen Dritte

Die Behinderung ist Folge	eines Unfalls	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	eines Impfschadens	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	eines schuldhaften Verhaltens Dritter	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
bitte entsprechende Unterlagen beifügen.			

VIII. Die Unterstützung soll erfolgen durch

<input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> stationäre Unterbringung (Internat)	
Aufnahmetag	
Vor- und Zuname der Pflegeeltern bzw. Einrichtung	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Wo wohnte das Kind vor der Aufnahme in die Einrichtung?	

IX. Begründung des Antrages (Nähere Angaben zur Behinderung des Kindes)

Welche Unterstützung bekommt Ihr Kind bereits? Welche Unterstützung wünschen Sie sich für Ihr Kind?

--

X. Erklärung des/der gesetzlichen Vertreters/in für die/den Hilfesuchenden

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere **Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Integrationsmaßnahme etc.**) **unverzüglich** und **unaufgefordert schriftlich** dem Fachbereich Jugend – Eingliederungshilfe – des Landkreises Waldeck-Frankenberg mitzuteilen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch Teil I (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die das unter I. genannte Kind behandeln oder behandelt haben oder denen es vorgestellt worden ist oder wird, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachbereich Jugend des Landkreises Waldeck-Frankenberg die (auch von Dritten) vorgelegten medizinischen Unterlagen, Entwicklungsberichte u. ä. dem Gesundheitsamt des Landkreises Waldeck-Frankenberg zur Verfügung stellen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Bewilligung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden.

Das notwendige Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht füge ich diesem Antrag bei.

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die begutachtenden Mitarbeiter / -innen des Gesundheitsamtes Landkreis Waldeck-Frankenberg von ihrer ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber dem Fachbereich Jugend und ermächtige sie, dem Fachbereich Jugend des Landkreises Waldeck-Frankenberg die für die Entscheidung meines Antrages notwendigen Untersuchungsergebnisse und medizinischen Beurteilungen zu übermitteln.

Des Weiteren erlaube ich den begutachtenden Mitarbeiter / -innen des Gesundheitsamtes Landkreis Waldeck-Frankenberg die Daten meines / unseres Kindes aus vorherigen Untersuchungen bei der aktuellen Stellungnahme / Begutachtung zu berücksichtigen und entbinde meine behandelnden Ärzte / Therapeuten etc. gegenüber dem Fachbereich Gesundheit des Landkreises Waldeck-Frankenberg von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.

Zudem willige ich ein, dass im Fachbereich Jugend eingehende Stellungnahmen, Begutachtungen oder Entwicklungsberichte an das Gesundheitsamt weitergegeben werden können sowie notwendige Unterlagen zur Antragsbearbeitung mit dem Fachbereich Jugend ausgetauscht werden können.

	Name, Vorname des Leistungsberechtigten	Geburtsdatum
1	Behandelnder Kinderarzt/Kinderärztin (Name und Anschrift)	
2	Behandelnder Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin (Name und Anschrift)	
3	Erziehungsberatungsstelle (Name)	
4	Fachdienst Gesundheit / Fachdienst Jugend (z. B. sozialer Dienst)	
5	Kita / Tagespflege (Name und Anschrift)	
6	Frühförderstelle	

7	Sonstige Stellen / Personen (Namen)

Einem wechselseitigen fachlichen Austausch mit den persönlichen Daten meines / unseres Kindes zwischen den o. g. Stellen willige ich ein.

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)