

**Antrag zur Bewilligung einer Eingliederungshilfe  
nach dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII)**

minderjährig

junge Volljährige

**Antrag auf Gewährung von:**

- Autismus-Therapie
- Legasthenie-Therapie
- Dyskalkulie-Therapie
- Teilhabeassistenz in der Schule
- ambulant betreutes Wohnen

**Beizufügende Unterlagen:**

- ärztliche Unterlagen (SPZ, Kinderarzt, Ergotherapie etc.)
- Fragebogen zu den Voraussetzungen von Eingliederungshilfe
- Schweigepflichtentbindung
- Bei alleinigem Sorgerecht: Nachweis über die alleinige Sorge

## I. Angaben zum Kind

<b>Vor- und Zuname</b>		Geschlecht des Kindes
<b>Geburtsdatum / -ort</b>		
<b>Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)</b>		
<b>Zugezogen von / am</b>		Bei Zuzug bitte eine Aufstellung der Aufenthaltsorte seit Geburt des Kindes einreichen.
<b>Gewöhnlicher Aufenthalt in den letzten sechs Monaten</b>		
<b>Derzeitiger Aufenthalt bei den</b>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Ausländerrechtlicher Status</b>	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung Gültig bis	
<b>Krankenkasse (Name und Anschrift)</b>		KV-Nummer
<b>Ausbildungsstand (Kindertagesstätte, Schule, etc.)</b>		
<b>Kindergeldberechtigter</b>		Kindergeld-Nummer
<b>Familienkasse</b>		
<b>Ansprüche des Kindes (<u>Bescheide bitte beifügen</u>)</b>	Unterhalt / BAFöG / Rente / BAB / Sonstige: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## II. Angaben zur Mutter

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

### III. Angaben zum Vater

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

### IV. Ggf. Angaben zu weiteren Personen bei denen sich das Kind aufhält (Pflegeeltern, Verwandte etc.)

<b>Vor- / Zuname(n) der Pflegeeltern, Verwandten etc. oder Name der stationären Einrichtung</b>	
<b>Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)</b>	
<b>Telefon / Mobil</b>	

### V. Ggf. Angaben zum gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigter)

<b>Vor- und Zuname</b>	
<b>Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)</b>	
<b>Telefon / Mobil</b>	

### Ergänzende Erklärung/Hinweise:

#### Zuständigkeitsprüfung:

Die Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen sind für die Prüfung der örtlichen Zuständigkeit von Bedeutung. Hierfür ist nicht die „Meldeadresse“ oder ein „Besuchsaufenthalt“ maßgeblich, sondern der derzeitige Lebensmittelpunkt.

Hilfeplanverfahren:

Ich (Wir) habe(n) zur Kenntnis erhalten, dass der Fachdienst Soziale Angelegenheiten ein Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII einleiten wird, an dem alle Personen zusammenwirken. Innerhalb dieses Hilfeplanverfahrens wird die inhaltliche Ausgestaltung der Hilfe festgelegt. Es wird ein Hilfeplan aufgestellt, der regelmäßig- in der Regel halbjährlich, fortzuschreiben ist.

Datenschutz:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der Weitergabe der für die Ausführung der beantragten Jugendhilfeleistung gesammelten Daten und Berichte an Personen und Stellen, die am Hilfeplanverfahren beteiligt sind, einverstanden.

Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung des Hilfebedarfs weitere erforderliche Unterlagen bzw. Berichte zur Einsichtnahme vom Fachdienst Jugend angefordert werden dürfen.

Wir sind/ Ich bin bereit, die Hilfe nach dem SGB VIII nach besten Kräften zu unterstützen und mit allen an der Hilfe beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

***Vorstehende Erklärung wurde ausführlich mit uns/mir erörtert. Wir haben/Ich habe sie selbst gelesen. Mit dem Inhalt der Erklärung sind wir/bin ich einverstanden.***

---

(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.

Folgende Stellen / Personen entbinde ich von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Gesundheit sowie dem Fachdienst Jugend:

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

6	<b>Frühförderstelle</b>
7	<b>Schule (Name und Anschrift)</b>
8	<b>Sonstige Stellen / Personen (Namen)</b>

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)