LANDKREIS HAVELLAND
Der Landrat

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Minderjährige nach §§ 90 ff. SGB IX

Bitte zurücksenden an:

Landkreis Havelland **Sozialamt – Eingliederungshilfe** **Platz der Freiheit 1** **14712 Rathenow**	**Eingangsstempel Sozialamt:**

Wir/ ich beantrage(n) für unser/mein Kind die Übernahme der Kosten für:

☐ Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder
☐ Besuch einer Integrationskita
☐ Einzelintegration in einer/m Regelkita / Hort
☐ Schulhelfer
☐ Unterbringung über Tag und Nacht
☐ Sonstige

Antragsbegründung: Warum benötigt das Kind aus Ihrer Sicht Leistungen zur Teilhabe?

Persönliche Angaben zum Kind	
Familienname (ggf. Geburtsname):	
Vorname(n):	
Anschrift:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	
ggf. Aufenthaltsstatus:	Asylbewerber: ☐ Ja ☐ Nein

Schwerbehindertenanerkennung: ☐ Ja ☐ Nein GdB: _____ Merkzeichen: _____	Beantragt am: _____ Ausgestellt am: _____
ggf. Amtsvormund/Pflegeeltern: (Adresse, Kontaktdaten)	
Krankenkasse:	Versichertennummer:

Angaben zur Betreuung des Kindes
☐ (geplanter) Besuch einer Kindertagesstätte / Tagesmutter / Schule: Name:_____ Ort: _____ seit/ab: _____Klasse: _____ ☐ Das Kind besucht keine Kindertagesstätte / Tagesmutter.

Angaben zu den Eltern	Elternteil 1	Elternteil 2
Familienname (ggf. Geburtsname):		
Vorname(n):		
Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Beziehung zum Kind:		
Anschrift: *(wenn abweichend vom Kind)*		
Geburtsdatum:		
Geburtsort:		
Familienstand:		
Sorgeberechtigt:	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Telefonnummer:		
Aktuelle Tätigkeit als:		

ggf. gesetzlicher Betreuer/ bevollmächtigte Person: *(Name, Anschrift, Kontaktdaten)*		
Staatsangehörigkeit:		
ggf. Aufenthaltsstatus:		
Asylbewerber:	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Geschwister		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Kindereinrichtung, Schule

Pflegegeld / zusätzliche Betreuungsleistung	
Für mein Kind erhalte ich Pflegegeld:	☐ Ja Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Nein ☐ beantragt

Bisherige bzw. zusätzliche Maßnahmen / Behandlungen			
Art	Erhalt	von - bis	Praxis / Einrichtung / Landkreis / Sozialamt / Jugendamt
Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe) außerhalb Landkreis Havelland	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		
Ergotherapie	☐ Ja ☐ Nein		
Logopädie	☐ Ja ☐ Nein		
Physiotherapie	☐ Ja ☐ Nein		
Leistungen vom Jugendamt *bei Heimunterbringung bzw. Pflegestelle*	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		Art der Maßnahme: zuständiges Jugendamt: Wohnort vor Aufnahme:
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	☐ Ja ☐ Nein		
Sonstiges:			

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihrem Kind vor?	
Liegt eine körperliche / geistige Behinderung vor? Wenn ja, welche:	☐ Ja ☐ Nein
Liegt eine chronische Erkrankung vor? Wenn ja, welche:	☐ Ja ☐ Nein
Sonstige Beeinträchtigungen:	

☐ Ich habe alle aktuellen Befunde (medizinisch, therapeutisch) beigegelegt.

☐ Ich habe keine weiteren ärztlichen Befunde.

Erklärung

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 StGB) und zu Unrecht erlangte Leistungen zurückerstatten muss.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1 (Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 2 (Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter)