

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach §§ 53 ff. SGB XII

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 der Eingliederungshilfe für:

- Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder Besuch einer Integrationskita
 Einzelintegration in einer/m Regelkita/Hort Schulhelfer Sonstiges

Antragsbegründung: Warum benötigt das Kind aus Ihrer Sicht Eingliederungshilfe?

Persönliche Angaben zum Kind	
Name, Vorname:	
Straße, Wohnort:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	
Staatsangehörigkeit:	
ggf. Aufenthaltsstatus:	Asylbewerber: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenanerkennung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am: _____
GdB _____ Merkzeichen _____	Ausgestellt am: _____

Persönliche Angaben zum Kind	
<input type="checkbox"/>	Das Kind besucht die Kindertagesstätte/Tagesmutter/Schule: _____ in _____ seit _____ Klasse _____
<input type="checkbox"/>	Das Kind besucht keine Kindertagesstätte/Tagesmutter
<input type="checkbox"/>	Aufnahme in der Kindertagesstätte/Schule: _____ in _____ ab _____

Eltern	Vater	Mutter
Name, Vorname:		
Anschrift: (wenn abweichend vom Kind)		
Geburtsdatum, Geburtsort:		
Familienstand:		
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer:		
Aktuelle Tätigkeit:		
Krankenkasse:		
ggf. Amtsvormund/Pfleger (Nachweis, Adresse, Tel.)		
Staatsangehörigkeit:		
ggf. Aufenthaltsstatus:		
Asylbewerber:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Geschwister		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Kindereinrichtung, Schule

Pflegegeld / zusätzliche Betreuungsleistung	
Für mein Kind erhalte ich Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Für mein Kind habe ich Pflegegeld beantragt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Beantragung vom _____

Bisherige bzw. zusätzliche Maßnahmen / Behandlungen			
Art		von - bis	Praxis / Einrichtung
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Logopädie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Jugendhilfe bei Heimunterbringung bzw. Pflegestelle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		Art der Maßnahme: Wohnort vor Aufnahme: zuständiges Jugendamt:
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Art der Maßnahme:

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihrem Kind vor?	
Liegt eine körperliche/geistige Behinderung vor? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine chronische Erkrankung vor? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Beeinträchtigungen:	

- Ich habe alle aktuellen Befunde (medizinisch, therapeutisch) beigelegt.
- Ich habe keine weiteren ärztlichen Befunde.

<p>Erklärung</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt. (Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt)</p>
--

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten / gesetzlicher Vertreter)

Anlage

Anlage 1 - Checkliste Unterlagen

Anlage 2 - Schweigepflichtentbindung

Checkliste zum Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

Folgende Unterlagen sind in Kopie einzureichen:

- Aktuelle ärztliche Unterlagen oder Gutachten (von Hausärzten, Krankenhäusern, Tageskliniken etc.), aus denen eine Diagnose nach dem ICD 10 hervorgeht
- Nachweis der Krankenversicherung unter Angabe der Versicherungsnummer, ggf. Kopie der Chipkarte
- Vaterschaftsanerkennung/Unterhaltsfestlegungen
- Scheidungsurteil/Unterhaltsfestlegungen
- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse / bzw. Antrag auf Pflegeleistungen
- Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)
- Bewilligungsbescheid über den Bezug von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz
- Schwerbehindertenausweis und der Bescheid des Versorgungsamtes
- Bestellungsurkunde bzw. Betreuerausweis / Vormund
- Sorgerechtsnachweis bzw. Negativbescheinigung
- Meldebestätigung des Einwohnermeldeamts
- Bescheid des Jugendamtes

Nachname:	Vorname:
Aktenzeichen:	Geburtsdatum:

Schweigepflichtentbindung

1. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Für meinen Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 53 ff. Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) bin ich damit einverstanden, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, angefordert werden können. Hierzu gehören ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionbehandlungen und während der Antragstellung / laufende Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte.

Ich willige ein, dass der ärztliche Dienst des Gesundheitsamtes und Mitarbeiter/innen des sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Havelland zum Zwecke der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen nach §§ 53, 54 SGB XII wiederkehrend Befunde an die / den für mich dortige(n) zuständige(n) Hilfeplaner/in und meine(n) dortige(n) Sachbearbeiter/in weiterleitet und entbinde sie/ihn von der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Einwilligungserklärung nach § 67 b Abs. 1 und 2 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X)

Ich erteile ferner dem Landkreis Havelland meine Einwilligung, die im Rahmen des Gesamtplanverfahrens erhobenen Daten (ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Schilderungen meiner aktuellen Lebenssituation im Rahmen der Hilfeplanung, Berichte von Einrichtungen über den Verlauf der Hilfe) zur Durchführung des Gesamtplanverfahrens den nachfolgende genannten Beteiligten zu übermitteln:

- Mitarbeiter/innen beim Landkreis Havelland, die mit dem Antrag beschäftigt sind
- ggf. die Mitarbeiter/innen beim Landkreis Havelland, die im Rahmen der Jugendhilfe mit mir zu tun haben oder hatten
- Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und / oder Diensten, die mich im Rahmen der Eingliederungshilfe unterstützen
- Mitarbeiter/innen der Einrichtungen, die im Rahmen des Gesamtplanverfahrens über eine Hilfe für mich beraten

Zweck der Übermittlung der Sozialdaten ist die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII sowie die Durchführung der Hilfeplanung. Im Rahmen der Hilfeplanung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Landkreis Havelland notwendige Daten aus ärztlichen Gutachten an andere Kostenträger (z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung) weitergeben darf, falls dies notwendig ist, um zu prüfen, ob der andere Kostenträger für die von mir beantragte Leistung zuständig ist. (§§ 69 und 76 SGB X)

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und ich sie jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Leistungsberechtigten bzw. gesetzlichen Betreuers/in
------------	---