

**Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft  
(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       Sonstige  
 Unterbringung über Tag und Nacht

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

**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 GdB _____ Merkzeichen _____	Beantragt am: _____ 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 <input type="checkbox"/> Abgelehnt 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 / Landkreis / Sozialamt / Jugendamt
Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe) außerhalb Landkreis Havelland	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
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		

<b>Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihrem Kind vor?</b>	
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.

**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 der Eltern (Sorgeberechtigten / gesetzlicher Vertreter)

Anlage

Anlage 1 – Checkliste Unterlagen

Anlage 2 – Schweigepflichtentbindung

<b>Checkliste zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe</b>
--

**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 Landespflegegesetz
- Schwerbehindertenausweis und der Bescheid des Versorgungsamtes
- Bestellsurkunde bzw. Betreuerausweis / Vormund
- Sorgerechtsnachweis bzw. Negativbescheinigung
- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes
- Bescheid des Jugendamtes
- Bescheid über die Gewährung von Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe), bei Zuzug aus anderen Landkreisen
- Bildungsempfehlung des staatlichen Schulamtes
- Sonderpädagogische Stellungnahme
- Stellungnahme der Schule, über zusätzlich erforderliche Maßnahmen, die außerhalb der schulischen Verpflichtung der Bildungsempfehlung stehen

Sonstige

Name:	Vorname:
Aktenzeichen:	Geburtsdatum:

## Schweigepflichtentbindung

### 1. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Für meinen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach §§ 90 ff. Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX) 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, Adaptionsbehandlungen und während der Antragsstellung 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 entsprechend § 102 SGB IX i. V. m. §§ 112-116 SGB IX wiederkehrende 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 (z. B. KITA, Schule, Hort) 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 Landesvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung nach dem SGB IX, 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 Angaben dieser Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und ich sie jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

Ort, Datum	Unterschrift 1. Sorgeberechtigter	Unterschrift 2. Sorgeberechtigter
------------	-----------------------------------	-----------------------------------