

**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		

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>
--

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten / gesetzlicher Vertreter)

Anlage

Anlage 1 – Checkliste Unterlagen

Anlage 2 – Schweigepflichtentbindung

Checkliste zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe
--

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