

ANTRAG AUF EINGLIEDERUNGSHILFE

gemäß SGB IX

Posteingangsstempel

<input type="checkbox"/>	Stationäre Wohnheimunterbringung für Behinderte
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Unterbringung in Pflegefamilien
--------------------------	--

Hinweis: Mit diesem Antrag wird gleichzeitig ein Antrag auf Leistungen nach dem BuT gestellt. Hierzu zählt: Beihilfe für Schulbedarf, Schülerbeförderung, sozio-kulturelle Teilhabe, Schulspeisung, Ausflüge und mehrtägige Klassenfahrten

Gründe:	<input type="checkbox"/>	Entfernung der Schule zum Wohnort (Schulfeststellungsbescheid bitte vorlegen)
	<input type="checkbox"/>	medizinische/pflegerische Gründe
	<input type="checkbox"/>	Sonstige Gründe: (Kurze Angabe notwendig)

Durchführung der Maßnahme in der Einrichtung (Wohnheim) bzw. Nennung der Pflegeeltern (Name, Anschrift der Einrichtung/der Pflegeeltern)	
---	--

voraussichtlicher Beginn	
--------------------------	--

Für Heimfahrten bzw. Besuchsfahrten zur Familie sind ggf. Transporte notwendig	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja, wöchentlich
	<input type="checkbox"/>	ja, 14-tägig
	<input type="checkbox"/>	ja, monatlich
	<input type="checkbox"/>	ja, anderer Turnus: (Bitte genau angeben)

1. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:

Name, Vorname			
---------------	--	--	--

Geburtsdatum und -ort			
-----------------------	--	--	--

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltstitel/-bescheinigung)			
---	--	--	--

Ortsteil, Straße, Hausnr.			
---------------------------	--	--	--

PLZ, Wohnort			
--------------	--	--	--

Schwerbehindertenausweis (sofern vorliegend Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	GdB:	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	------	-------------------------------

Pflegegrad (sofern vorliegend Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:
--	-----------------------------	-------------

	<input type="checkbox"/> nein, noch nicht beantragt
--	---

	<input type="checkbox"/> nein, beantragt, noch nicht bewilligt
--	--

Es wird die folgende vorrangige Leistung in Anspruch genommen:

Wohngeld
 Arbeitslosengeld II
 SGB XII Leistungen

2. Sorgeberechtigte/gesetzliche Vertreter		
Gesetzliche Vertretung erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Amtsvormund (Bitte Bestellungsurkunde vorlegen)	
	<input type="checkbox"/> bestellten Betreuer (Bitte Bestellungsurkunde vorlegen)	
	Name:	
	Anschrift:	
	Telefonnummer	
	E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> Eltern (leibliche, Stief- oder Pflege-) (Bitte die nachfolgenden Felder ausfüllen)	
	Vater, Stiefvater, Pflegevater	Mutter, Stiefmutter, Pflegemutter
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Ortsteil, Straße, Hausnr.		
PLZ, Wohnort		
Sorgerecht (sofern vorliegend Sorgeerklärung beifügen)	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht
Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig (kein 1-€-Job) <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig (kein 1-€-Job) <input type="checkbox"/> arbeitslos
Es wird die folgende vorrangige Leistung in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen
Telefonnummer		
E-Mail		

3. Familienverhältnisse			
Außer dem o. g. Kind und seinen Eltern leben noch im gleichen Haushalt			
Zu- und Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsgrad zum o. g. Kind
Angehörige (Geschwisterkinder, leiblicher Elternteil) außerhalb des Haushaltes			
Zu- und Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsgrad zum o. g. Kind

4. Angaben zur (drohenden) Behinderung	
Hinweis: Bei Mehrfachbehinderungen, bitte den Hauptschwerpunkt kennzeichnen.	
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> andere seelische Behinderungen
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/> ADHS, ADS, Teilstörungen (z. B. LRS, ...)	<input type="checkbox"/> sprachliche Probleme
<input type="checkbox"/> Autismusspektrumstörungen	<input type="checkbox"/> anderes, z. B. Epilepsi, Diabetes, Bluterkrankheit ...
konkrete Diagnosen (Bitte legen Sie die vorhandenen aktuellen Belege vor.)	

5. Therapeutische Behandlungsmaßnahmen		
	während der Schulzeit	außerhalb der Schulzeit
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. medizinische/pflegerische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> nein, nicht notwendig	
<input type="checkbox"/> ja, notwendig. (z. B. PEG, Stoma, Katheder, Beatmung, Trachealkanüle, Hilfsmittelversorgung, umlagern ...)	folgende Maßnahmen sind notwendig:

7. Vorrangige Ansprüche		
Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	für:
		welche?:
Geht die Behinderung auf einen Unfall zurück		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name der Versicherung:
		Versicherungsnummer:
Liegt ein Impfschaden vor?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welcher?
Geht die Behinderung auf ein Gewaltverbrechen zurück?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches?

8. Aufenthaltsverhältnisse des/der Hilfesuchenden innerhalb des letzten Monats vor der Antragstellung		
Zeitraum	Aufenthaltsort Anschrift	Einreisen aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübergangs (Pass etc. vorlegen)

9. Ergänzende Angaben zum Schulbesuch	
Schule (Name der Schule und Anschrift)	
Ansprechpartner in der Schule:	
Klassenstufe, die Ihr Kind besuchen wird:	

Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß gemacht.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse des Kindes werde ich/werden wir unaufgefordert und zeitnah dem örtlichen Sozialhilfeträger schriftlich mitteilen. (Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60-66 SGB I)

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass die Eingliederungshilfe, erst einsetzen kann, wenn dem Träger der Eingliederungshilfe – hier: Landkreis Meißen – oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen (als angemessene Bearbeitungszeit seitens des Kreissozialamtes wird i. d. R. ein Zeitraum bis zu acht Wochen angesehen).

Bei fehlender Mitwirkung kann der Antrag ganz oder teilweise versagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten

Datenschutz

Das mit diesem Antrag ausgehändigten Merkblatt „Information zur Datenerhebung gem. Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) **(Anlage)** habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten