

An das Amt für Jugend und Familie

Eingangsvermerke

**Antrag auf ambulante Eingliederungshilfe
für behinderte oder von Behinderung
bedrohte Kinder und Jugendliche
nach § 35a Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)**

Behandlungsmerkmale

- Legasthenie-Therapie**
 Dyskalkulie-Therapie
 Ambulante heilpädagogische Behandlung
 Sonstige Eingliederungshilfe
(z. B. Montessori-Therapie, Schulgeld)

bei einem Therapeuten / einer Therapeutin

Name, Vorname des Therapeuten / der Therapeutin

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Telefon (mit Vorwahl)

in einer Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Telefon (mit Vorwahl)

Begründung für die Eingliederungshilfe

--

Angaben zum Kind

Name		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	
Wohnhaft in	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon
Schule	Name der Schule	Klasse
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon

In den Landkreis zugezogen

In die Stadt zugezogen

Kind	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>
Vater	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>
Mutter	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>

Familienverhältnisse (Eltern, Geschwister, Stiefeltern, Pflegeeltern)

1.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

2.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

3.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

4.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

Inhaber der elterlichen Sorge

Vater

Mutter

Vormund

Für das Kind wurden früher / werden gleichzeitig weitere medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt (z. B. Ergotherapie, Krankengymnastik, Frühförderung usw.).

ja

nein

Art der Maßnahme	Kostenträger

Die Behinderung ist die Folge eines Unfalles, Impfschadens oder sonstigen Schadens

ja

nein

Angaben zum Schädiger

Wurde ein Prozess eingeleitet?

ja

nein

Wenn ja

Bezeichnung des Gerichts	Aktenzeichen
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Erklärung zu den Einkommensverhältnissen

Ich/Wir beziehen Einkünfte aus :

Arbeitseinkommen

Sozialhilfe

Arbeitslosenhilfe

Sonstiges

Monatliches Nettoeinkommen

EUR

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung/-planung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel), sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass seitens des Amtes für Jugend und Familie in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte (u. a. auch Zeugnisse, Stellungnahmen o.ä.) von Kindertagesstätten / Schulen, vom Sozialhilfeträger, Schulpsychologen / ärztlicher und psychologischer Gutachter, die für die Entscheidung über die Hilfgewährung/-planung erforderlich sind, eingeholt und ärztliche Gutachten bei den Krankenkassen angefordert bzw. an diese weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten
Unterschrift beider Elternteile

Bestätigung des Einwohnermeldeamtes der Wohnsitzgemeinde Vorstehende Angaben bezüglich der Meldeverhältnisse des Antragstellers werden bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Gemeinde / Stempel