

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	Datum	letzte Anschrift

Vater	am	Datum	letzte Anschrift

Mutter	am	Datum	letzte Anschrift

Familienverhältnisse (Eltern, Geschwister, Stiefeltern, Pflegeeltern)

1.	Name, Vorname		
	Anschrift		
	Geburtsdatum		Geburtsort
	Staatsangehörigkeit		
	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		

2.	Name, Vorname		
	Anschrift		
	Geburtsdatum		Geburtsort
	Staatsangehörigkeit		
	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		

3.	Name, Vorname		
	Anschrift		
	Geburtsdatum		Geburtsort
	Staatsangehörigkeit		
	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		

4.	Name, Vorname		
	Anschrift		
	Geburtsdatum		Geburtsort
	Staatsangehörigkeit		
	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		

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 Hilfestellung/-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 Hilfestellung/-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