

# Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII

Aktenzeichen: 57. \_\_\_\_\_

**Ich beantrage für mein Kind die Kostenübernahme für folgende Hilfe:**

- Frühförderung
- Betreuung in einem Heilpädagogischen Kindergarten
- Betreuung in der Integrationsgruppe eines Regelkindergartens
- Betreuung in der Integrationskrippe eines Regelkindergartens
- Betreuung im Rahmen der Einzelintegration in einem Regelkindergarten
- Betreuung in einem Sprachheilkindergarten
- Unterrichtsbegleitende Betreuung/Schulassistenten an der \_\_\_\_\_  
Name und Ort der Schule
- Stationäre Betreuung in einem Sprachheilzentrum
- Stationäre Betreuung in einem Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte
- Stationäre Betreuung in einem Heim für Menschen mit Behinderung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

<b>1. Personenbezogene Daten</b>				Az.	☒
Name, Vorname des Kindes			Geschlecht:		
			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter		
Geburtsdatum		Geburtsort			
Familienstand		Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus	
Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung)					
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort vor auf Aufnahme in eine Einrichtung oder Pflegefamilie:					
<b>2. Vorgeschichte und aktuelle Situation</b>				☐	
<b>2.1. Eltern</b>					
<b>Vater</b> (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift)  <b>Telefon-Nr.:</b>  <b>E-Mail:</b>		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeeltern  <input type="checkbox"/> verstorben am		<b>Mutter</b> (Name, Vorname, Geb. Datum, Anschrift)  <b>Telefon-Nr.:</b>  <b>E-Mail:</b>	
		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeeltern  <input type="checkbox"/> verstorben am			
Bankverbindung: IBAN und BIC			Bankverbindung: IBAN und BIC		

2.2 **Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft**

Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge

Kindesmutter

ggf. Art der Sorgerechtsübertragung

Kindesvater

Vormundschaft

beide Elternteile

Vermögenspflegschaft

Vormundschaft / Pflegschaft

Art der Pflegschaft:

Beschluss vom

, Az.:

(bitte Nachweis beifügen)

**Falls eine andere Person als Kindesvater oder Kindesmutter die elterliche Sorge inne hat, geben Sie bitte Namen und Anschrift dieser anderen Person an:**

Name:

Anschrift:

**Sonstige Personen im Haushalt:**

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Verwandschaftsverhältnis zum Kind**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsverhältnis zum Kind
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Telefonnummer

Fax

E-Mail

2.3. **Vorschulische / Schulische Situation**

Krippe	Name, Anschrift	von	bis
Kindergarten	Name, Anschrift	von	bis
Hort	Name, Anschrift	von	bis
Schule	Name, Anschrift	von	bis


## 2.4. Finanzielle Situation (monatliches Einkommen, Vermögen und Belastungen)

- Kindergeld: \_\_\_\_\_ EUR
- Kindesunterhalt: \_\_\_\_\_ EUR
- BAföG / BAB: \_\_\_\_\_ EUR
- Krankengeld: \_\_\_\_\_ EUR
- existenzsichernde Leistungen: \_\_\_\_\_ EUR
- Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige): \_\_\_\_\_ EUR
- Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung SGB VII): \_\_\_\_\_ EUR
- Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht: \_\_\_\_\_ EUR
- Grundsicherung: \_\_\_\_\_ EUR
- Arbeitslosengeld I oder II: \_\_\_\_\_ EUR
- Verdienst aus unselbstständiger Tätigkeit: \_\_\_\_\_ EUR
- Verdienst aus selbstständiger Tätigkeit: \_\_\_\_\_ EUR

Vermögen (z.B. Lebensversicherungen)

ja  nein

Schulden

nein

ja, ca. in €

## 2.5 Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- ist beantragt  ist ausgestellt bis \_\_\_\_\_ GdB  unbefristet
- wurde abgelehnt  Gleichstellung

Merkzeichen:

- H (Hilfslosigkeit)  BI (Blindheit)  RF (Rundfunk/Fernsehen)
- B (Begleitperson)  TBI (Taubblindheit)  G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
- GI (Gehörlosigkeit)  aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- VB (Versorgungsberechtigt)

## 2.6 Mögliche Verursachung der Behinderung durch Dritte

ja

nein

**Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?**

- ja **Inanspruchnahme** (Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail)  
- Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)

**Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)**

OEG  IFSG

Bezeichnung der Schädigungsfolgen:

Grad der Schädigung:

Datum aktueller Bescheid:

**2.7 Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)**

Bitte fügen Sie das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes bei.



- keine Einstufung
- Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am
- Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am
- Eingestuft in Pflegegrad  1  2  3  4  5 , Beginn der Anerkennung:

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

**2.8 Krankenversicherung**



Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer

- freiwillig versichert     pflichtversichert     familienversichert
- privat versichert     beihilfeberechtigt     § 264 SGB V

**2.9 Hilfsprodukte und Technologien (z.B. Rollstuhl, Orthesen, Talker...)**



● □ □ □ □

● □ □ □ □

**3. Ressourcen**



Bisherige Unterstützung		Inanspruchnahme von folgenden Institutionen
		- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen - Leistungsumfang und –dauer
<input type="checkbox"/>	Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Förderung schulischer Bereich	
<input type="checkbox"/>	Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)	
<input type="checkbox"/>	Psychologische Unterstützung	

3.1 Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
<input type="checkbox"/>	Sozialraum	
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen	

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalt usw. unverzüglich und

unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen habe.

---

(Ort, Datum, Unterschrift der betroffenen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters)

### **3.2**

**Diesem Antrag liegt die Transparenzerklärung zur EU-Datenschutzgrundverordnung bei. Bitte unterschreiben Sie diese und behalten Sie eine Ausfertigung für Ihre eigenen Unterlagen.**

**Antrag zurück an:**

**Landkreis Lüchow-Dannenberg**

**-FD 57, Frau Grande-**

**Königsberger Str. 10**