

**Anlage 1: Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder bis zum Schuleintritt**

(Adresse des zuständigen Eingliederungshilfeträgers)

--

**Persönliche Angaben des Kindes**

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum/Geburtsort	
Aktuelle Wohnanschrift		Im Falle eines Umzugs innerhalb der letzten sechs Monate: vorherige Wohnanschrift angeben	
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus (gültig bis)	
Versichert bei/Anschrift der Krankenkasse		Krankenversicherungsnummer des Kindes	
Schwerbehinderung		Pflegebedürftigkeit	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	GdB: _____ Merkzeichen: _____		Pflegegrad: _____
Hat Ihr Kind Leistungen der Eingliederungshilfe in den letzten sechs Monaten bezogen?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Durch welche Behörde/Amt wurde die Leistung bewilligt?: _____		

**Eltern bzw. andere Personensorgeberechtigte**

Elternteil I (Name, Vorname)	Elternteil II (Name, Vorname)	Andere Personensorgeberechtigte (Name, Vorname)
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
Wohnanschrift	Wohnanschrift	Wohnanschrift
Telefon	Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail	E-Mail

Ist ein Fremdsprachendolmetscher notwendig:    nein            ja, in \_\_\_\_\_  
 Ist ein Gebärdensprachdolmetscher notwendig:    nein            ja

**Erklärung zum Sorgerecht**

- Eltern sind gemeinsam sorgeberechtigt     Sorgeberechtigt ist nur die Mutter\*     Sorgeberechtigt ist nur der Vater\*

- andere Sorgeberechtigte\* (z.B. Großeltern, Pflegeeltern, Geschwister, gesetzlicher Vormund) seit wann: \_\_\_\_\_

Wohnort des Kindes vor Aufnahme in Pflegefamilie:

\_\_\_\_\_

*\*Der Sorgerechtsnachweis ist dem Antrag beizufügen.*

**Angaben zu anderen vorrangigen Leistungen**

Bestehen Ansprüche aus dem Opferentschädigungsgesetz (OVG)?     nein    ja

Bestehen Ansprüche aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?     nein    ja

Bestehen beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche?     nein    ja

**Angaben zur Kindertageseinrichtung**

Anschrift Kindertageseinrichtung	Ansprechpartner	Telefonnummer

- Ganztagsplatz     Halbtagsplatz     Kind besucht keine Kindertageseinrichtung

**Angaben zu den behandelnden Ärzten**

Name behandelnder Kinderarzt*	Anschrift/Telefonnummer
*ggf. Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	
Namen Fachärzte (u. a. Augenarzt, HNO, Klinik)	Anschrift/Telefonnummer

**Angaben über bereits in Anspruch genommene medizinisch-therapeutische Leistungen (Heilmittel) und weitere Hilfen in den letzten 12 Monaten**

Fachrichtung/Leistungen/Hilfen	Anschrift/Name der Praxis/Einrichtung
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Beratungsangebote (z. B. Frühförderstelle, Kita, EUTB oder andere Beratungsstellen, Jugendamt)	Wenn ja, welches Angebot von welcher Einrichtung?
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte (Fachklinik)	Wenn ja, welche Behandlung bzw. Operationen in welcher Klinik?
<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Orthopädietechnik, Optiker, Kuraufenthalte)	

**Angaben zum Antragsgrund**

*Was veranlasst Sie zum Antrag?*

**Folgende einzureichende Unterlagen sind beigefügt**

<input type="checkbox"/>	den Personensorgeberechtigten zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegende ärztliche/therapeutische Befunde und/oder (Fach-)Arztberichte, Vorsorgeuntersuchungen (Kopien aus dem Kinder- Untersuchungsheft)
<input type="checkbox"/>	Schweigepflichtentbindung
<input type="checkbox"/>	Sorgerechtsnachweis
<input type="checkbox"/>	

**Hinweise zur Mitwirkungspflicht**

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sie sind verpflichtet, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen.

Soweit sich die persönlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Umzug, Änderung im Sorgerecht) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, ist dies unaufgefordert dem zuständigen örtlichen Eingliederungshilfeträger mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift der Personensorgeberechtigten

## Hinweise zur Datenerhebung/Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindung

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in der Datenschutzerklärung Ihres/r Landkreises/kreisfreien Stadt.

### Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	
Anschrift	

**Für den vorstehenden Antrag bin ich damit einverstanden**, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den angegebenen Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können. Hierzu gehören u. a. ärztliche und psychologische Gutachten, Untersuchungsunterlagen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionbehandlungen und während der Antragstellung/laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte. Dies beinhaltet auch **die Einwilligung zur Übermittlung** des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe. Soweit vorhanden und für die Antragsbearbeitung erforderlich, darf Einsicht in die Schwerbehindertenakte genommen werden.

**Ich willige ein**, dass das zuständige Gesundheitsamt zum Zwecke der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen wiederkehrend Befunde an den/die zuständige(n) Bearbeiter weiterleitet und von diesem erhält.

**Ich entbinde am Verfahren beteiligte** pädagogische, psychologische, medizinische und therapeutischen Fachkräfte von deren Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang sowie Auswirkung der Behinderung/Pflegebedürftigkeit. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Ich willige ein**, dass eine Kopie des Bescheides über die beantragte Leistung an den verantwortlichen Arzt, die Frühförderstelle und die zuständige Krankenkasse übermittelt wird.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Gem. § 76 SGB X können Sie der **Übermittlung der Daten widersprechen**. Der Widerspruch ist bei dem zuständigen Landkreis/zuständigen kreisfreien Stadt einzureichen.

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift der Personensorgeberechtigten/gesetzliche Betreuer/Vormund