

Kreis Bergstraße  
Der Kreisausschuss  
Jugendamt  
-Migration und Integration -  
Gräffstraße 5  
64646 Heppenheim



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Antrag**  
des/der Erziehungsberechtigten auf Gewährung einer Maßnahmenpauschale zur  
Integration in die Kindertageseinrichtung

**Bitte in Druckschrift ausfüllen!**

**Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt**

gemäß §§ 53/54 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) i.V.m. der Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder i.d. Fassung vom 28.04.2014

**Hortbetreuung für Kinder ab Schulbeginn**

gemäß §§ 53 und 54 Abs.1 Ziff. 1 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) i.V.m. § 12 Ziffer 1 der Verordnung nach § 60 des Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII), (Eingliederungshilfe-Verordnung) und der Rahmenvereinbarung: Angebote für Kinder mit Behinderungen vom vollendeten 3. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder

für das Kind:

geb. am:

\_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

in der Kindertageseinrichtung:

\_\_\_\_\_

Mein Kind besucht die Einrichtung seit dem \_\_\_\_\_

Mein Kind wird die Einrichtung ab dem \_\_\_\_\_ besuchen

Die Integration soll zum \_\_\_\_\_ erfolgen.

Die Betreuungszeit meines Kindes ist von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr.

Mein Kind belegt einen  **Halbtagesplatz**  mit Mittagessen  
 ohne Mittagessen

**Ganztagesplatz**  mit Mittagessen  
 ohne Mittagessen

## II. weitere Angaben zur Person des Kindes

Geburtsort- und Kreis:	
Strasse und Hausnummer:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Kind wohnt bei: (Eltern, Verwandten, Pflegefamilie, Einrichtung)	
Zugezogen von:	
Zugezogen am:	
Die leiblichen Eltern wohnten zum Zeitpunkt der Herausnahme des Kindes in	
Staatsangehörigkeit:	
Aufenthaltsgenehmigung vom:	
befristet bis:	
Ausländerrechtlicher Status:	
Asylantrag wurde gestellt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## III. Angehörige (z.B. Eltern, Sorgeberechtigter, Vormund)

a) Angaben zum Vater des Kindes

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
<b>Sorgeberechtigt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift:	
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
ausländerrechtlicher Status:	
Ansprechpartner (Sorgeberechtigter) und Telefonnummer bei Rückfragen:	

b.) Angaben zur Mutter des Kindes

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
<b>Sorgeberechtigt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift:	
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
ausländerrechtlicher Status:	
Ansprechpartner (Sorgeberechtigter) und Telefonnummer bei Rückfragen:	

c.) Gesetzliche Vertretung des Kindes

<b>Besteht eine Vormundschaft?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Ansprechpartner (des Vormundes):	
Telefonnummer des Ansprechpartners bei eventuellen Rückfragen:	
Staatsangehörigkeit:	
Bestellung durch Amtsgericht/ AktENZEICHEN:	

<b>Sorgeberechtigung? (falls abweichend von „a“ und „b“)</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name:	
Vorname:	

Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Staatsangehörigkeit:	
Bestellung durch Amtsgericht/ Aktenzeichen:	
Ansprechpartner (des Sorgeberechtigten) und Telefonnummer bei Rückfragen:	

#### IV. bisherige Fördermaßnahmen

(z.B. durch eine Tageseinrichtung für Kinder, durch eine Frühförderstelle, ambulante Therapien (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik etc.), Sonstiges):

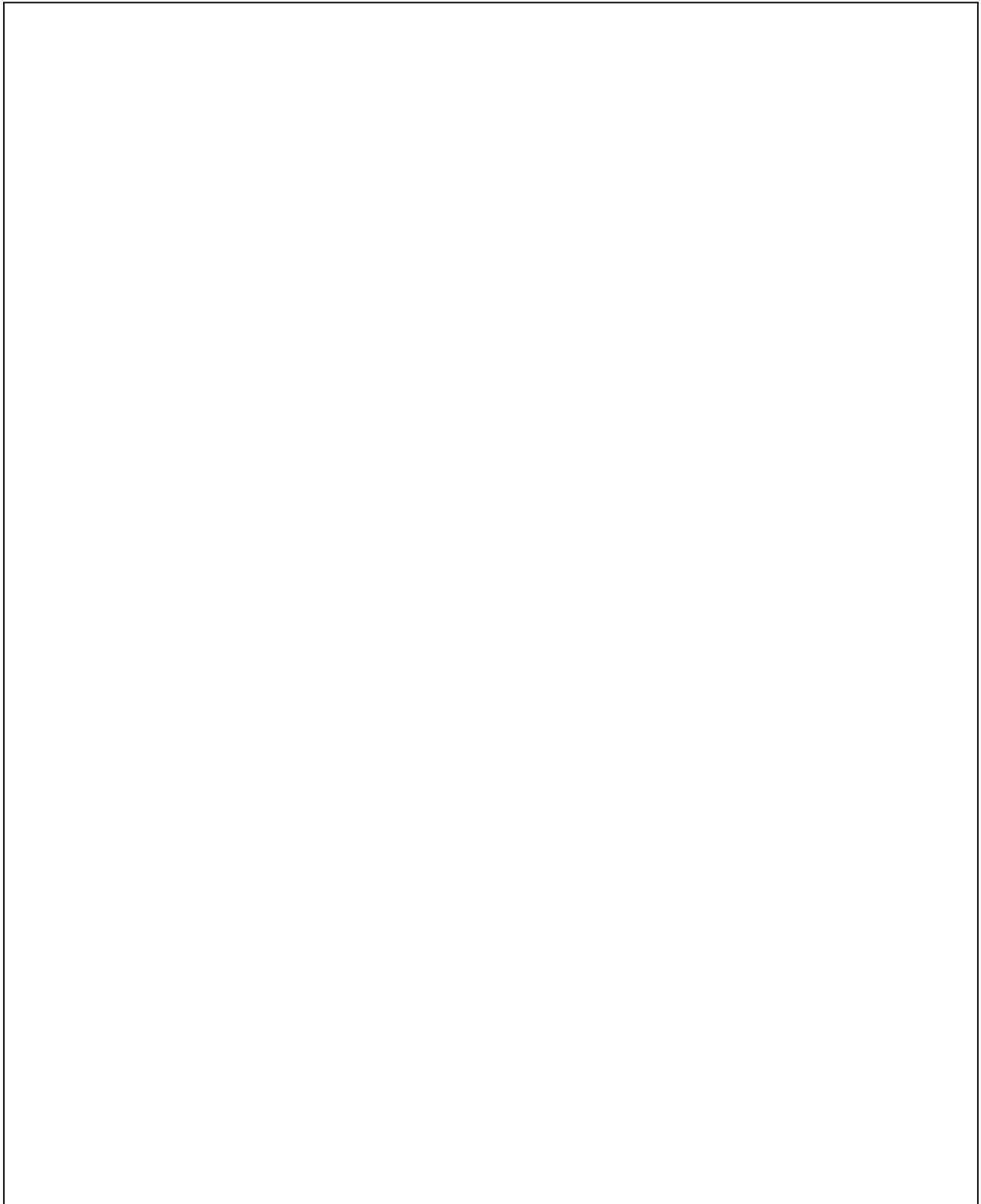
von:	bis:	Art der Maßnahme (z.B. Logopädie)	in..... (Ort)

#### V.) Vorleistungspflichtige Kostenträger

1. Wird eine **Rente** vom Versorgungsamt als **Impfgeschädigter** bezogen?  Ja /  Nein
2. Bestehen Ansprüche auf **Beihilfe** nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes?  Ja /  Nein  
Wenn ja: Name und Anschrift der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_
3. Bestehen wegen eines **Unfalls** gegen eine private Versicherung bzw. gegen den gesetzlichen Träger der Unfallversicherung Ansprüche?  Ja /  Nein

**VI.) Begründung des Antrages:**

Warum ist aus Ihrer Sicht eine Integrationsmaßnahme notwendig?



**Hinweis:** Aufgrund Ihres Antrages wird eine Untersuchung beim **Gesundheitsamt** des Kreises Bergstraße durchgeführt. Wir möchten Sie daher bitten, diesem Antrag alle wichtigen **ärztlichen Befunde** über die Beeinträchtigung und den daraus resultierenden Fördermaßnahmen Ihres Kindes **beizufügen**.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Jugendamt des Kreises Bergstraße die mit dem Verfahren im Zusammenhang stehenden Bescheide an die Kindergarten- bzw. Horteinrichtung sowie den Träger der Einrichtung in Durchschrift weitergeben darf.

**Erklärung des/ der gesetzlichen Vertreters/ in für die/den Hilfesuchenden:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichtete mich, gemäß §§ 60- 67 Sozialgesetzbuch- Erstes Buch- (SGB I), alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere Wohnungswechsel), unverzüglich und unaufgefordert schriftlich dem Jugendamt des Kreises Bergstraße -Fachbereich - Migration und Integration- mitzuteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Jugendamt des Kreises Bergstraße sowohl diesen Antrag als auch die (von Dritten) vorgelegten Unterlagen, Entwicklungsberichte u.ä. dem Gesundheitsamt des Kreises Bergstraße sowie dem Jugendamt des Kreises Bergstraße im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens weiterleiten kann.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60- 67 Sozialgesetzbuch- Erstes Buch- (SGB I) nicht nach, kann dies zur Ablehnung bzw. Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

---

(Ort, Datum)

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigte oder Vormund)