KREIS BERGSTRASSE
DER KREISAUSSCHUSS

Kreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
Jugendamt
Wirtschaftliche Eingliederungshilfe
Gräffstraße 5
64646 Heppenheim

_____
Ort, Datum

FOLGEANTRAG

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 § 99 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) i.V.m. der Rahmenvereinbarung zur Teilhabe von Kindern mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Kinder in Tageseinrichtungen für Kinder bis zum Schuleintritt (Rahmenvereinbarung Teilhabe KiTa) i.d. Fassung vom 24.06.2026; gültig ab 01.08.2026.

☐ **Hortbetreuung für Kinder ab Schulbeginn**

gemäß § 99 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) 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 ☐ divers

in der Kindertageseinrichtung:

_____

Mein Kind besucht die Einrichtung seit dem _____

Die Integration soll weiterhin ab dem _____ erfolgen.

Die Hortmaßnahme soll weiterhin ab dem _____ erfolgen.

Die Betreuungszeit meines Kindes ist von _____ Uhr bis _____ Uhr.

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:	
Vorheriger Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe:	☐ Ja ☐ Nein
Die leiblichen Eltern wohnten zum Zeitpunkt der Herausnahme des Kindes in	
Name der Krankenkasse:	
Versichert mit:	
Staatsangehörigkeit:	
Aufenthaltsgenehmigung vom: (Nachweis beifügen)	
befristet bis:	
Ausländerrechtlicher Status:	
Asylantrag wurde gestellt:	☐ Ja ☐ Nein

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

a) Angaben zum Vater des Kindes

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Sorgeberechtigt? (Nachweis beifügen)	☐ Ja ☐ Nein
Anschrift:	
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
ausländerrechtlicher Status:	
Ansprechpartner (Sorgeberechtigter) und Telefonnummer bei Rückfragen:	

b.) Angaben zur Mutter des Kindes

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Sorgeberechtigt? (Nachweis beifügen)	☐ Ja ☐ Nein
Anschrift:	
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
ausländerrechtlicher Status:	
Ansprechpartner (Sorgeberechtigter) und Telefonnummer bei Rückfragen:	

c.) Gesetzliche Vertretung des Kindes

Besteht eine **Vormundschaft?**	☐ Ja ☐ Nein
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Ansprechpartner (des Vormundes):	
Telefonnummer des Ansprechpartners bei eventuellen Rückfragen:	
Staatsangehörigkeit:	
Bestellung durch Amtsgericht/ Aktenzeichen:	

Sorgeberechtigung? (falls abweichend von „a“ und „b“)	☐ Ja ☐ 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?

Diagnose (soweit bekannt)	
Mit WEM gibt es eine regelmäßige Zusammenarbeit?	☐ Frühförderung ☐ Gesundheitsamt ☐ Kinderarzt/ Hausarzt ☐ Jugendamt ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Krankengymnastik ☐ sonstige Fachkräfte: _____
Gibt es aktuelle Befunde? (falls „Ja“ bitte als Anlage beifügen)	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es aktuelle Diagnosen? (falls „Ja“ bitte als Anlage beifügen)	☐ Ja ☐ Nein
Gab es aktuelle Therapien? z.B. Ergotherapie etc. (Falls „Ja“, Therapieberichte bitte als Anlage beifügen.)	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es irgendwelche Hilfsmittel, welche Ihr Kind benutzt?	☐ Hörgeräte ☐ Gehhilfen ☐ Rollstuhl ☐ sonstiges: _____

VII.) spezielle Informationen zum abgelaufenen Kindergarten- bzw. Schuljahr:

eine längere Abwesenheit des Kindes während des Jahres (z.B. wegen Krankheiten, Unfälle, Operationen, soziale Gründe etc.) (mehr als 4 Wochen)	☐ Ja ☐ Nein	
einen Wechsel der Wohnanschrift?	☐ Ja ☐ Nein	
Der Sorgeberechtigte/r hat sich geändert. Es besteht eine Vormundschaft	☐ Ja ☐ Nein	

Wir beantragen weiterhin die Erhöhung der Fachkraftstunden um _____ Stunden pro Woche, von _____ auf _____ Stunden, für unser Kind.

(Hierzu ist der gesonderte Antrag auf Erhöhung der Fachkraftstunden ebenfalls vorzulegen)

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)
(Ort, Datum)	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigte oder Vormund)