



ANTRAG AUF EINGLIEDERUNGSHILFE FÜR KINDER, JUGENDLICHE & JUNGE VOLLJÄHRIGE
 (gemäß §35a SGB VIII sowie gemäß § 99 ff SGB IX)

Antrag auf folgende Leistung(en):	
Für wen wird die Leistung beantragt?	
Nachname	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum & Geburtsort (Land)	
Staatsangehörigkeit	
Derzeitige Anschrift Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Zuzug in den Kreis Bergstraße (innerhalb der letzten 12 Monate)	Am _____ Von _____ (Ort / Land)
Leistungen / Anträge am früheren Wohnort	Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe oder Jugendhilfe beantragt/ erhalten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann _____ bei wem _____ welche _____
Wo lebt Ihr Kind aktuell?	<input type="checkbox"/> bei den Eltern / Elternteil <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer stationären Einrichtung <input type="checkbox"/> bei einer anderen Person
Wenn Ihr Kind nicht bei Ihnen lebt, geben Sie bitte die Adresse an, unter der das Kind zuletzt mit den Eltern oder einem Elternteil zusammen gelebt hat.	

Angaben zu den Eltern / Personensorgeberechtigten		
	Elternteil 1	Elternteil 2
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum & Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Gleiche Anschrift wie Kind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte eintragen)
Sorgeberechtigt? (Nachweis – siehe Merkblatt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon		
E-Mail		
Angaben zu sonstigen Sorgeberechtigten (nur auszufüllen, wenn Eltern nicht sorgeberechtigt sind)		
Besteht eine Amtsvormundschaft oder Amtspflegschaft?	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Nachname, Vorname		
Anschrift Straße, Hausnummer PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail		
Weitere Angaben zum Kind / Jugendlichen		
Krankenversicherung	Name: _____ Versicherungsnummer: _____ Anschrift: _____ Telefonnr.: _____ <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____	

<p>Anspruchsberechtigt für Beihilfe</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, als Familienangehörige/r</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, als Waise</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls JA, die zuständige Beihilfestelle ist:</p>
<p>Pflegegrad (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad ist beantragt</p>
<p>Behindertenausweis (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung: _____</p> <p>Mit folgenden Merkmalen: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt</p>
<p>Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche (z.B.: Unfall, Impfschaden)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Bitte geben Sie an, welche Form der Beeinträchtigung aus Ihrer Sicht den Hilfebedarf begründet!</p>	<p><input type="checkbox"/> seelisch/psychisch</p> <p><input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> sinnesspezifisch</p> <p>Erläuterungen:</p>
<p>Welche Bildungseinrichtung besucht Ihr Kind? (z.B.: Kindertagesstätte, Schule)</p>	<p>Name der Institution:</p> <p>Klasse / Gruppe:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Besonderheiten:</p>

Antragsbegründung

Bitte beschreiben Sie die aktuelle Situation und welche Ziele mit der beantragten Leistung erreicht werden sollen!

Als gesetzliche/r Vertreter/in von _____ versichere ich, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die die leistungsberechtigte Person behandeln oder behandelt haben oder denen sie vorgestellt worden ist oder wird, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht dem Eingliederungshilfeträger zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Leistung erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfalle noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Die Hinweise zum Datenschutz (Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung) auf der Homepage www.kreis-bergstrasse.de habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort & Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in
-------------	---

Ort & Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in
-------------	---

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder bei denen ich vorstellig bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht dem Eingliederungshilfeträger zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Leistung erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfalle noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Die Hinweise zum Datenschutz (Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung) auf der Homepage www.kreis-bergstrasse.de habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort & Datum	Unterschrift der volljährigen antragsstellenden Person
-------------	--