

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



Ort, Datum

FOLGEANTRAG

des/der Erziehungsberechtigten
auf Gewährung einer Maßnahmenpauschale

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt

gemäß § 99 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) i.V.m. der Rahmenvereinbarung: Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder

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:

in dem/der Kindergarten/Kindertagesstätte:

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:	
Zugezogen von:	
Zugezogen am:	
Die leiblichen Eltern wohnten zum Zeitpunkt der Herausnahme des Kindes in	
Staatsangehörigkeit:	
Name der Krankenkasse:	
Versichert mit:	
Aufenthaltsgenehmigung vom:	
befristet bis:	
Asylantrag wurde gestellt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

III.

Angehörige (z.B. Eltern, Geschwister)

a.) Angaben zum Vater des Kindes

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

Gesetzliche Vertretung des Kindes

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

Sorgeberechtigung? (falls abweichend von „a“ und „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:	

III. 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)

Begründung des Antrages:

Warum ist aus Ihrer Sicht eine Integrationsmaßnahme weiterhin notwendig?

Diagnosen (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, welches Ihr Kind benutzt ?:

- Hörgeräte
- Gehhilfen
- Rollstuhl
- sonstiges: _____

IV.) 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)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
...einen Wechsel der Wohnanschrift?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Der Sorgeberechtigte/ r hat sich geändert. Es besteht eine Vormundschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Wir beantragen weiterhin die Erhöhung der Fachkraftstunden um _____ Stunden pro Woche, von 15 auf _____ Stunden, für unser Kind.

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
 Wenn ja: Name und Anschrift der Versicherung: _____

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/ Sorgeberechtigten oder Vormundes)