



## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

Die heilpädagogische Maßnahme soll durchgeführt werden im	geplante Aufnahme ab	Name der Einrichtung
<input type="checkbox"/> integrativen Kindergarten		
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Fahrdienst (Anlage)		
<input type="checkbox"/> sonstiges		

I. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße, HNr., Wohnort			
Ist die Behinderung Folge eines Impfschadens, Unfalls oder Gewaltverbrechens?		Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja _____%	<input type="checkbox"/> Nein
Das o. g. Kind hat aktuell folgende festgestellte Diagnosen			
Das o. g. Kind erhält bereits aktuell folgende Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Logopädie	seit (Datum)	Leistungsbringer (Praxis)	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			
<input type="checkbox"/> Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> ambulante Frühförderung			
<input type="checkbox"/> weitere Leistungen v. Jugendamt			
Der Schulantritt ist zum (Datum)			
Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte?		Name der Einrichtung	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Art des Platzes			
<input type="checkbox"/> Volltagsplatz		<input type="checkbox"/> Halbtagsplatz	
Wenn nein, bitte kurz angeben, warum eine Tageseinrichtung nicht besucht wird!			

II. Familienverhältnisse				
	des Vaters	der Mutter	der Geschwister	der Geschwister
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Straße*				
Wohnort*				
Berufstätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein		

\* wenn abweichend zu den Angaben unter I.

III. Ansprüche		
Das Kind ist krankenversichert mit	<input type="checkbox"/> seinem Vater	<input type="checkbox"/> seiner Mutter
Krankenkasse	Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse	

IV. Erklärung	
	<p>Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine/unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.</p> <p>Eine Beratung gemäß § 14 SGB IX erfolgte mit dem Hinweis, dass der Antrag erst bearbeitet wird, wenn dem Amt für Soziales und Integration der Stadt Dessau-Roßlau alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen.</p>

V. Datenschutz	
	<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Amt für Soziales und Integration Dessau-Roßlau die für die Erbringung von Sozialleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) erforderlichen Auskünfte einholt und die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die von mir geltend gemachten Behinderungen geben können.</p> <p>Die Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, auch auf die Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.</p> <p>Die Einverständniserklärung gilt für das mit dem Antrag nach dem SGB XII eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verwaltungsverfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche Aufgaben, z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen, soweit sie für die genannten Zwecke erforderlich sind (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch).</p>

VI. Abtrittserklärung für Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 i. V. m. § 56 SGB IX	
	<p>Hiermit bevollmächtige ich das Amt für Soziales und Integration der Stadt Dessau-Roßlau die Abrechnung der Leistungen gemäß Kostenanerkennung für das o. g. Kind direkt mit den Einrichtungsträgern vorzunehmen.</p> <p>Die Abtrittserklärung gilt für die gesamte Dauer des Bezuges der o. g. Leistung und kann nur mit meiner Zustimmung widerrufen werden.</p>

Ort, Datum	Unterschrift/en der Eltern bzw. des/der Sorgeberechtigten

<b>Tel.:</b>
--------------

**Dem Antrag ist eine Kopie des Ergebnisses der letzten Früherkennungsuntersuchung (gelbes Untersuchungsheft) beizufügen / nachzureichen.**