

Az., soweit bekannt

## Antrag auf Gewährung von ambulanter Eingliederungshilfe

Erstantrag

Weitergewährungsantrag

**Art der Hilfe:**

**Einrichtung:**

### Persönliche Verhältnisse des Kindes:

Name, Vorname	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum und -ort	
PLZ, Wohnort	
Straße	
Staatsangehörigkeit	

### Familienverhältnisse:

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Pflegekind	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Pflegeeltern	
Anschrift	

### Anderweitige Ansprüche:

Das Kind ist <input type="checkbox"/> mit seinem Vater <input type="checkbox"/> mit seiner Mutter <input type="checkbox"/> selbst
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat      krankenversichert

Name der Krankenkasse:

Anschrift:

Die Behinderung ist Folge eines Unfalles	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfschadens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Weitere Angaben:**

Ab wann wird die Hilfe beantragt?	
Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? Wenn ja, von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?	
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen? Wenn ja, welche und von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anlagen:

- ärztliche Gutachten und Berichte
- Schwerbehindertenausweis und/oder Pflegegutachten
- Förder- und Behandlungsplan

**Erklärung:**

*Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n.*

*Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sämtliche Änderungen in den persönlichen Verhältnissen dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.*

*Mir/uns ist bekannt, dass die Förder-, Behandlungs- und Hilfepläne zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet werden.*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern bzw. der/des  
Sorgeberechtigten

Antrag zurück an:

Bezirk Schwaben -Sozialverwaltung-, Hafnerberg 10, 86152 Augsburg