

Antrag auf Gewährung von

- ambulanter Eingliederungshilfe
 Einzelintegration im Kindergarten/Krippe
 Teilstationäre Betreuung in Tagesstätte
 Individualhelfer
 Erstantrag Weitergewährungsantrag

Einrichtung: _____

Beginn der Hilfe: _____ ggf. Buchungszeit: _____

Persönliche Verhältnisse des Kindes (Hilfempfänger):

Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Geburtsdatum	
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Seit wann am jetzigen Wohnort:	
Staatsangehörigkeit	

Bei Nicht EU-Bürgern den Aufenthaltstitel in Kopie beifügen!

Familienverhältnisse:

Leibliche Eltern	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Arbeitgeber		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefonnummer		
Sorgeberechtigt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Leibl. Geschwister	Geschwisterkind 1	Geschwisterkind 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		

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

Anderweitige Ansprüche:

Das Kind ist mit seinem Vater mit seiner Mutter selbst
 gesetzlich privat krankenversichert.

Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenversicherung	

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

Weitere Angaben

Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert (keine medizinische Leistungen, wie Ergo oder Logopädie)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, von welcher Stelle?	
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen (z. B. Landratsamt, Bezirk Schwaben)?	
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen/Leistungen bezogen (z. B. ALG, ALG II, Wohngeld, Pflegegrad und Pflegegeld von Pflegekasse)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche und von welcher Stelle? Kopie vom Bescheid bitte beifügen!	

Anlagen: ärztliches Gutachten und Berichte
 sonstiges (Schwerbehindertenausweis, ALG, Pflegegrad etc.)

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. Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift beider Eltern bzw. der/des Sorgeberechtigten

Antrag zurück an:

Bezirk Schwaben -Sozialverwaltung-, Hafnerberg 10, 86152 Augsburg