

# Kreisverwaltung des Rhein-Lahn-Kreises



## Antrag auf Gewährung von ambulanter Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII sowie Eingliederungshilfe gemäß §§ 5 Ziffer 5, 76 ff., 113 SGB IX

- Erstantrag       Folgeantrag (Anzahl)

Wir beantragen:

- Jugendhilfe in Form von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- in Form einer Integrationshilfe
  - in Form einer Therapie
  - in Form einer Stundenaufstockung gemäß Konzept in Kindertagesstätten
- Eingliederungshilfe gemäß §§ 5 Ziffer 5, 76 ff., 113 SGB IX

für:

Kind/Jugendlicher (Name, Vorname, Straße, Wohnort)	geb. am:
	Geburtsort:
	Staatsangehörigkeit:
Mutter (Name, Vorname, Straße, Wohnort)	Telefon:  E-Mail:
Vater (Name, Vorname, Straße, Wohnort)	Telefon:  E-Mail:
Krankenkasse des Kindes (Anschrift)	KV-Nr.:

Inhaber der Personensorge sind:

- beide Elternteile     der Vater     die Mutter     Sonstige: \_\_\_\_\_

Anschrift der Schule / der Kindertagesstätte:

\_\_\_\_\_

Begründung des Antrages (ggf. gesondertes Blatt verwenden):

\_\_\_\_\_

Bereits durchgeführte Jugendhilfemaßnahmen: \_\_\_\_\_

Hierfür örtlich zuständiger Jugendhilfeträger: \_\_\_\_\_

Bereits durchgeführte Eingliederungshilfemaßnahmen: \_\_\_\_\_

Hierfür örtlich zuständiger Eingliederungshilfeträger: \_\_\_\_\_

Bereits eingeleitete therapeutische Maßnahmen: \_\_\_\_\_



**Folgende Antragsunterlagen sind beizufügen:**

- Stellungnahme der Schule / der Kindertagesstätte inklusive Nachweise und Berichte über vorrangige schulische Maßnahmen (laut beigefügtem Vordruck)
- **bei Antrag gemäß § 35a Abs. 1a SGB VIII (seelische Behinderung):**
  1. Diagnose eines Facharztes mit ICD10-Schlüssel oder beigefügten Vordruck ausfüllen lassen!  
Fachdisziplinen:
    - Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
    - Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, eines Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen **oder**
    - Arzt oder psychologischer Psychotherapeut, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt
  2. Geburtsurkunde Ihres Kindes
  3. Nachweis zum Sorgerecht
- **bei Antrag gemäß §§ 5 Ziffer 5, 76 ff., 113 SGB IX (geistige und/oder körperliche Behinderung):**  
Diagnose eines Facharztes mit ICD10-Schlüssel bei körperlicher und/oder geistiger Behinderung gem. (Fachdisziplinen: Arzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychotherapeuten, Neurologe etc.)

Gewünschter Beginn der Hilfe: \_\_\_\_\_

Die Behandlung soll durchgeführt werden von:

(bitte genaue Anschrift der Therapieeinrichtung/Leistungserbringer eintragen)

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass die für die Bewilligung der Leistung erforderlichen Gutachten und Berichte von Schulen, Kindergärten, Ärzten sowie sonstiger Therapieeinrichtungen angefordert werden dürfen. Der Weitergabe der Unterlagen an das Förder- und Beratungszentrum Singhofen und den ausgewählten Leistungserbringer wird zugestimmt.

Wir sind damit einverstanden, dass der Fachdienst der jeweiligen Abteilung in der Schule / in der Kindertagesstätte hospitiert und mit Klassenlehrer/in bzw. mit Erzieher/in ein Gespräch führt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzinformationen erhalten Sie auf unserer Internetseite  
[www.rhein-lahn-kreis.de/datenschutzbelehrungen](http://www.rhein-lahn-kreis.de/datenschutzbelehrungen)