

Eingang

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohte Menschen

Antragstellung erfolgte im Rahmen der Erstberatung am:

Antrag wurde von Antragsteller/Vertretungsperson übermittelt.

Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX

Medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe an Bindung Leistungen zur Sozialen Teilhabe

für / als (nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches):

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Name, Vorname des Kindes:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Geburtsdatum: Geburtsort: Staatsangehörigkeit:*

* Falls keine Staatsangehörigkeit innerhalb der EU besteht, bitte Nachweis über aktuellen Aufenthaltsstatus einreichen.

Telefonnummer: E-Mail:

Krankenversichert über:

Vater Mutter sonstige:

Versichertennummer:

Anschrift der Krankenkasse:

Schwerbehindertenausweis vorhanden: Ja Nein

Gültig bis: Merkzeichen: GdB:

Kind wohnt derzeit:		
<input type="checkbox"/> Bei den Erziehungsberechtigten § 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII	<input type="checkbox"/> besonderen Wohnform § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII	<input type="checkbox"/> Anderen Unterbringungsform, z. B. Einrichtung § 43a SGB XI

II. Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigter Nr. 1

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum: Geburtsort: Staatsangehörigkeit: *

* Falls keine Staatsangehörigkeit innerhalb der EU besteht, bitte Nachweis über aktuellen Aufenthaltsstatus einreichen.

Erziehungsberechtigter Nr. 2

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum: Geburtsort: Staatsangehörigkeit: *

* Falls keine Staatsangehörigkeit innerhalb der EU besteht, bitte Nachweis über aktuellen Aufenthaltsstatus einreichen.

Vormund

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Falls keine Staatsangehörigkeit innerhalb der EU besteht, bitte Nachweis über aktuellen Aufenthaltsstatus einreichen.

III. Sonstige Angaben und Informationen:

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Besuchte KiTa/Schule

Ansprechpartner:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

KiTa-Sozialarbeit oder Schulsozialarbeit

Ansprechpartner:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

IV. Vorhandene Hilfsmittel

Keine Hilfsmittel

Rollstuhl

Rollator

Sonstige Gehhilfen:

Sehhilfen:

Hörhilfen:

Sprachhilfen:

Sonstiges:

V. Erforderliche Kommunikation

Keine Kommunikationshilfe notwendig

Unterstützte Kommunikation

Gebärdendolmetscher

Leichte Sprache

Sonstiges:

Erläuterung:

VI. Leistungsträger

VI. a) Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX

	Laufend	Genehmigt	Beantragt	Abgelehnt	Schreiben mit Datum vom
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Erläuterungen nach Rehabilitationsträgern:

VI. b) Hinweise auf andere Leistungsträger

Gibt es Hinweise auf andere Leistungsträger? Ja Nein

Erläuterungen nach Rehabilitationsträgern:

VI. c) Leistungen der Pflegekasse nach SGB IX

	Nicht beantragt	Beantragt	Festgestellt	Abgelehnt	Bescheid mit Datum vom:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Festgestellter Pflegegrad:

Art der Leistung:

- Sachleistung
- Pflegegeld, wenn ja, wer ist die Pflegende Person?

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr, PLZ, Ort):

Erläuterung:

Ort, Datum

Erziehungsberechtigter 1

Erziehungsberechtigter 2