|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sozialamt** |  |

**Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

**Inklusion in einer Kindertageseinrichtung**

**Aufnahme in einem privaten Schulkindergarten**

**Schulbegleitung**

**Beschulung in einem privaten Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)**

**Frühförderung/heilpädagogische Leistungen/ Komplexleistung**

**Frühberatung oder sonstige heilpädagogische Leistungen**

**Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Persönliche Daten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nachfragende Person (Kind) | |
| Familienname |  | |
| Vorname |  | |
| Geburtsdatum, -ort |  | Geschlecht  männlich  weiblich |
| Adresse/PLZ Wohnort |  | |
| Staatsangehörigkeit |  | |
| Krankenversicherung | Bei: Kv-Nr.: | |
| Pflegegrad | nein  ja: Pflegegrad: | |
| Schwerbehinderten-  ausweis | nein  ja:  Grad: Merkzeichen: Dauer: | |
| Aufenthaltsstatus  (Ausländer) |  | |
| Bisher Jugendhilfebezug | ja; von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Art der Leistung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nein | |
| Bestehen Ansprüche an Versorgungsverwaltung (BVG, OEG, SVG,..) | nein  ja:  Zuständiges Versorgungsamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Antragsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rentenzeichen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bescheiddatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Wurde in den letzten 6 Monaten bereits Eingliederungshilfe bezogen?  nein  ja und zwar von dem Träger der Eingliederungshilfe in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

1. **Eltern**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mutter | Vater |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Adresse/PLZ Wohnort  wenn abweichend |  |  |
| Telefon**/**Handy |  | |
| E-Mail Adresse |  | |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Aufenthaltsstatus (Ausländer) |  |  |
| Arbeitgeber |  |  |
| Krankenversicherung |  |  |
| Sorgeberechtigung |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Antragsbegründung:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Ärztliche Diagnose, soweit bekannt:** |
|  |
|  |
|  |

1. **Einrichtung/Träger**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung |  |
| Anschrift |  |
| Telefon |  |

1. **Hinweise und Schlusserklärung**
2. **Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erbrachte Leistungen zu erstatten sind.

1. **Mitwirkungspflichten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind (z.B. Umzug) oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich der Stadt Reutlingen, Eingliederungshilfe (Eberhardstr.1, 72764 Reutlingen) mitzuteilen.

1. **Hinweis zum Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB IX. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff SGB I und die §§ 67 ff SGB X.

Den Hinweis zur Datenschutzgrundverordnung haben Sie erhalten.

1. **Gesamtplanung**

Mit der Zustimmung des Leistungsberechtigten kann der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz durchführen, um die Leistungen für den Leistungsberechtigten sicherzustellen. Die Leistungsberechtigten können dem zuständigen Sozialamt die Durchführung einer Gesamtplankonferenz vorschlagen (§ 119 SGB IX). Das zuständige Sozialamt wird ggf. zur Planung einer Gesamtplankonferenz auf Sie zukommen.

1. **Einwilligungserklärung**

Um die Maßnahme der Eingliederungshilfe prüfen und durchführen zu können, ist eine Einwilligungserklärung notwendig. Diese haben Sie erhalten und ausgefüllt und unterschrieben an das Sozialamt gegeben.

1. **Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil\*

\*Hinweis:

Wenn beide Elternteile sorgeberechtigt sind, ist eine Unterschrift von beiden Elternteilen notwendig!