

**Antrag
auf Leistungen der Eingliederungshilfe
nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)
(für Maßnahmen der Einzelintegration in Kindertageseinrichtungen)**

- Erstantrag
 Verlängerungsantrag

Der Antrag ist von den Eltern bzw. den Sorgeberechtigten
des leistungsberechtigten Kindes (Ziffern I. bis IV.)
und der Kindertageseinrichtung (Ziff. V. bis VI.) gemeinsam auszufüllen.

I. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:

| | |
|---|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum und -ort | |
| Straße | |
| PLZ, Wohnort | |
| Seit wann am jetzigen Wohnort? | |
| Staatsangehörigkeit (bei Ausländern Angabe des Aufenthaltstitels bitte beifügen) | |
| Werden bisher schon Leistungen der Frühförderung/ Einzelintegration oder in einer schulvorbereitenden Einrichtung in Anspruch genommen? (ggf. welche und von wem werden diese erbracht) | |

II. Familienverhältnisse des Kindes

des Vaters

der Mutter

| Name, Vorname | | | |
|-----------------------|--|---|---|
| Geburtsdatum und -ort | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Familienstand | | | |
| Telefon-Nr. | | | |
| Krankenversicherung | | | |
| Straße | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| 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 | |
| Vollständige Anschrift | |
| Zuständiges Jugendamt | |

III. Angaben zur beantragten Hilfe

| | |
|--|---|
| Welche Kindertageseinrichtung führt die Förderung durch? | |
| Ab wann wird die Hilfe beantragt? | |
| Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, von wem? | |
| Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen? | |

IV. Anderweitige Ansprüche

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Die Behinderung ist Folge | eines Unfalles | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | eines Impfschadens | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | schuldhaften Verhaltens Dritter | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | eines Geburts- bzw. Medizinschadens | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | und wurden bereits Ansprüche geltend gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|---|
| Werden derzeit andere Sozialleistungen bezogen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | |

Anlagen:

- bei nichtdeutschen Kindern: Kopie der ausländerrechtlichen Regelung
- bei Pflegekindern: Übersicht über Aufenthaltsverhältnisse
- Nachweis über Pflegschaftsverhältnis
- Pflegegutachten (soweit vorhanden)
- Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
- ärztliche Unterlagen und/oder pädagogische Berichte
- ärztliches Gutachten und Bescheid über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
- Entwicklungsdiagnostik der Frühförderstellen
-



Angaben der Kindertageseinrichtung

V. Informationen zur Kindertageseinrichtung

| | |
|-----------------------------------|--|
| Name der Einrichtung | |
| Adresse | |
| Ansprechpartner und Telefonnummer | |

Das Kind besucht: (ankreuzen)

- Kinderkrippe
- Kindergarten
- Kinderhort

Konzept des Kindergartens/der Gruppe:

- Integrative Gruppe
- Offenes Konzept
- Teiloffenes Konzept
- Geschlossenes Konzept
- Montessori
- Waldorfkindergarten
- Sonstiges:

| | |
|---|--|
| Seit wann besucht das Kind die Einrichtung? | |
| Gruppengröße | |
| Personaleinsatz (Anzahl und Qualifikation) | |
| Wird bereits ein Kind in der Gruppe durch eine Einzelintegrationskraft unterstützt? | |
| Wurde/Wird die MSH (mobile sonderpädagogische Hilfe) beteiligt? | |
| Wurden/Werden Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch genommen? | |

VI. Welche Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit liegt vor?

(ergänzende Informationen: Eingliederungshilfe-Verordnung § 1 – 3)

| | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geistige | <input type="checkbox"/> körperliche | <input type="checkbox"/> seelische |
| Ärztliche Diagnose(n) nach ICD 10 oder ICF (Unterlagen beifügen): | | |
| | | |



VII. Teilhabebeeinträchtigungen:

Bitte beschreiben Sie in den folgenden Bereichen konkret die Teilhabebeeinträchtigung(en) und den daraus entstehenden Bedarf des Kindes und leiten Sie die konkreten Teilhabeziel(e) für das Kind und die daraus resultierenden notwendigen Maßnahmen davon ab:

| a) Welche Teilhabebeeinträchtigung(en) liegt konkret vor? | b) Bedarf: (IST-Stand) | c) Teilhabeziel(e): (Soll-Stand) | d) Maßnahmen zur Bedarfsdeckung |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Was kann der Betroffene aufgrund seiner (drohenden) Behinderung nicht, was aber Gleichaltrige können? Wann und in welchen Situationen wird das deutlich? | <ul style="list-style-type: none"> Was braucht der Leistungsberechtigte, damit seine Teilhabebeeinträchtigungen gemildert oder beseitigt werden? Welche Rahmenbedingungen wurden oder können verändert werden, um den Bedarf zu decken? | <ul style="list-style-type: none"> Was soll mit der beantragten Maßnahme konkret erreicht werden (Zielformulierung)? Die Ziele beschreiben einen Zustand, der in Zukunft erreicht sein soll, um eine Teilhabe zu ermöglichen | <ul style="list-style-type: none"> Was wurde bisher getan, um den Bedarf zu decken (z. B. Veränderung der Rahmenbedingungen)? Welche Hilfen wurden oder werden bereits in Anspruch genommen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, etc.)? Welche Maßnahmen sollen innerhalb der beantragten Hilfe umgesetzt werden, um die beschriebenen Teilhabeziele zu erreichen? |
| | | | |

Datum

Unterschrift der Leitung der Kindertageseinrichtung

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 der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Ich/Wir entbinde(n) die behandelnden Ärzte meines/unseres Kindes und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht sowie auch die betreuende Kindertageseinrichtung von der Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Mir/Uns ist bekannt, dass die vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw. des/der Sorgeberechtigten

