

▼ Bitte abgeben bei:

Landkreis Nordsachsen
Sozialamt
Eingliederungshilfe
04855 Torgau

Eingangsvermerk

Antrag auf Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe

- ambulante Frühförderung
 Integration in Kindertagesstätte/Hort
 Heilpädagogische Gruppe/Kindertagesstätte
 Ganztagsbetreuung
- Sonstiges _____

Leistungserbringer

Beginn der Maßnahme

Anschrift

Unterschrift, Stempel Leistungserbringer

1. Persönliche Angaben

Antragsteller (Kind)

1.1	Name
1.2	Vorname(n)
1.3	Geburtsdatum
1.4	Geburtsort
1.5	Staatsangehörigkeit
1.6	Straße Nr.
1.7	PLZ Wohnort/Ortsteil
1.8	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja, dann Angabe <input type="checkbox"/> nein GdB: _____ MZ: _____
1.9	Kranken-/Pflegeversichert über
1.10	Versichertennummer
1.11	Bezug von Leistungen nach: <input type="checkbox"/> SGB II <input type="checkbox"/> SGB XI <input type="checkbox"/> SGB XII
1.12	Vormund des Antragstellers (Kind) <input type="checkbox"/> ja, dann hier ▼ weiter <input type="checkbox"/> nein
1.12a	Name, Vorname Vormund
1.12b	Straße Nr. Vormund
1.12c	PLZ Wohnort/Ortsteil Vormund
1.12d	Telefon/Mobilfunk/E-Mail Vormund
1.13	ergänzende Hilfen (z.B. Fam.Hilfe, etc.)

Mutter/Sorgeberechtigte

Name
Vorname
Geburtsdatum
Geburtsort
Staatsangehörigkeit
Straße Nr.
PLZ Wohnort/Ortsteil
Telefon/Mobilfunk/E-Mail
Name Kranken-/Pflegeversicherung
Familienstand
Bezug von Leistungen nach SGB IX: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mutter steht unter Betreuung <input type="checkbox"/> ja, dann hier ▼ weiter <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname Betreuer
Straße Nr. Betreuer
PLZ Wohnort/Ortsteil Betreuer
Telefon/Mobilfunk/E-Mail Betreuer
ergänzende Hilfen (z.B. Fam.Hilfe, etc.)

Vater/Sorgeberechtigter

Name
Vorname
Geburtsdatum
Geburtsort
Staatsangehörigkeit
Straße Nr.
PLZ Wohnort/Ortsteil
Telefon/Mobilfunk/E-Mail
Name Kranken-/Pflegeversicherung
Familienstand
Bezug von Leistungen nach SGB IX: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vater steht unter Betreuung <input type="checkbox"/> ja, dann hier ▼ weiter <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname Betreuer
Straße Nr. Betreuer
PLZ Wohnort/Ortsteil Betreuer
Telefon/Mobilfunk/E-Mail Betreuer
ergänzende Hilfen (z.B. Fam.Hilfe, etc.)

2. Vorrangige Ansprüche des Antragstellers (Versicherungs- und Versorgungsansprüche)

2.1	Wurde die Beeinträchtigung/Behinderung durch einen Unfall verursacht (wenn ja, Name der Versicherung und Versicherten-Nr.)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.2	Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.3	Wurde die Beeinträchtigung/Behinderung wurde durch eine Straftat/Gewaltverbrechen verursacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3. Kostenbeitrag (nur für Heilpädagogische Gruppe/KiTa, Ganztagsbetreuung zutreffend)

Nach §§ 142 Abs. 1 i.V.m. 138 Abs. 1 SGB IX ist die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhaltes zuzumuten. Wir/Ich sind/bin bereit, den für die häusliche Ersparnis festgesetzten Betrag als Kostenbeitrag nach §§ 142 Abs. 1 i.V.m. 138 Abs. 1 SGB IX zu leisten:

ja nein, nur verminderter Kostenbeitrag, da Leistungsbezug nach SGB II, XII, BKGG (KiZu), WoGG
(als Nachweis ist der entsprechende Bewilligungsbescheid zusammen mit dem Antrag ein- bzw. nachzureichen!)

4. Familienverhältnisse (weitere Personen im Haushalt)

Auflistung auf Beiblatt

Verwandtschaftsgrad zum Antragsteller (z. B. Geschwister, etc.)	Name, Vorname	Geburtsdatum	Bezug von Leistungen nach SGB IX
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

5. Aufenthaltsverhältnisse (§ 98 SGB IX)

Wurden in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX bezogen?

nein ja, und zwar

über (Träger der Eingliederungshilfe angeben)

von ... bis ...

In den zwei Monaten vor der Antragstellung hat sich der Antragsteller

- a) unter der Anschrift aufgehalten, die bei Nr. 1.6 und 1.7 angegeben ist oder
b) unter folgender Anschrift bzw. folgenden Anschriften aufgehalten

von ... bis ... unter Anschrift, PLZ, Wohnort

von ... bis ... unter Anschrift, PLZ, Wohnort

6. Hinweise und Schlusserklärungen

6.1 Aushändigung von Merkblättern

Folgende Merkblätter wurden mir ausgehändigt:

Merkblatt über die Mitwirkungspflichten und zum Anspruch auf Beratung und Unterstützung ja
Hinweise zum Datenschutz → wird mit der Eingangsbestätigung übersandt

6.2 Unterschrift(en)

- Ich bin allein sorgeberechtigt.
 Ich bin nicht allein sorgeberechtigt*.

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift bestätige/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Mutter/Sorgeberechtigte

Vater/Sorgeberechtigter

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, im Interesse beider am Sorgerecht beteiligten Parteien zu handeln!

Merkblatt zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine o.g. Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Grundsätze der Gewährung von Eingliederungshilfe

Personen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.

Eingliederungshilfe erhält, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

Anspruch auf Beratung und Unterstützung

Unabhängig von den Leistungen Eingliederungshilfe können Sie von den Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialdienstes weitere beratende, begleitende oder betreuende Hilfe erhalten.

Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Mit der Unterschrift auf dem Antrag wird bestätigt, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- sowie in den häuslichen Verhältnissen dem Träger der Eingliederungshilfe anzeigen.

Einer Mitteilung bedarf es z. B.

- bei einem geplanten Umzug
- wenn sich der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigte in eine Einrichtung der Jugendhilfe oder dergleichen begibt
- bei Änderungen Ihrer wirtschaftlichen Situation, d. h. bei Erhalt, Erhöhung oder Wegfall anderer Leistungen, wie oben bereits benannt
- bei jeder anderen persönl. Veränderung d.h. Eheschließung, Ehescheidung, Getrenntleben

Die Mitwirkungspflicht erstreckt sich außerdem auch im Bedarfsfall auf persönliches Erscheinen sowie auf angeordnete Untersuchungen (§§ 61, 62 SGB I).

Folgen fehlender Mitwirkung

Bei erschwerter Aufklärung des Sachverhaltes aufgrund fehlender Mitwirkung von Antragstellern oder Beziehern von Eingliederungshilfe, kann die Leistung ganz oder teilweise bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

Einsetzen der Eingliederungshilfe

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden auf Antrag erbracht. Die Leistungen werden frühestens ab dem Ersten des Monats der Antragstellung erbracht, wenn zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen bereits vorlagen.

▼ Bitte abgeben bei:

Landkreis Nordsachsen
Sozialamt
Eingliederungshilfe
04855 Torgau

Eingangsvermerk

Anlage zum Antrag auf Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Angaben zur Person:

Name, Vorname (Antragsteller, Kind)

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ Wohnort/Ortsteil, Straße Nr.)

beantragte Leistung:

Maßnahme

1. Angaben zu laufenden medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Betreuungsleistungen:

<input type="checkbox"/> Kita/Hort/Schule (Kl.)	Einrichtung	seit
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle	Einrichtung	seit
<input type="checkbox"/> SPZ	Arzt	seit/nächster Termin
<input type="checkbox"/> behand. Arzt	Arzt	seit/nächster Termin
<input type="checkbox"/> behand. Facharzt	Arzt	seit/nächster Termin
<input type="checkbox"/> Logopädie	Einrichtung	seit
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	Einrichtung	seit
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	Einrichtung	seit
<input type="checkbox"/> weitere Therapien	Einrichtung	seit

<input type="checkbox"/>		Arzt/Einrichtung	seit/nächster Termin
<input type="checkbox"/>		Arzt/Einrichtung	seit/nächster Termin

2. Angaben zum Antrag durch die Eltern/Zielvorstellungen/Bemerkungen:

Eine Entscheidung des örtlichen Sozialhilfeträgers wird anhand aller vorliegenden Unterlagen und ggf. unter Verwendung sozialpädagogischer und/bzw. sozialmedizinischer Gutachten getroffen.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r)

▼ Bitte abgeben bei:

Landkreis Nordsachsen
Sozialamt
Eingliederungshilfe
04855 Torgau

Eingangsvermerk

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen/dienstlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre/n ich/wir

Name, Vorname (Sorgeberechtigte/r, Vormund, Betreuer)

Anschrift (PLZ Wohnort/Ortsteil, Straße Nr.)

mich/uns damit einverstanden, dass durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zur Bearbeitung des Antrages auf Eingliederungshilfe nach §§ 99 ff. SGB IX

für

Name, Vorname (Antragsteller, Kind)

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ Wohnort/Ortsteil, Straße Nr.)

eine amtsärztliche Stellungnahme beim Gesundheitsamt des Landkreises Nordsachsen oder in Amtshilfe bei einem anderen Träger der Eingliederungshilfe einholt.

Ich/Wir bin/sind ferner damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt in diesem Zusammenhang auch von Ärzten, die mein Kind/den Antragsteller behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte einholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen bezieht.

Ich/Wir entbinde/n die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme/n der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Darüber hinaus bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Antrages medizinische sowie pädagogische Gutachten, Krankenpapiere, Untersuchungsbefunde oder Ähnliches an Maßnahmeträger (z. B. Kindergärten, Schulen, etc.) weiterleitet und sich die jeweiligen Unterlagen und Auskünfte von anderen Rehabilitationsträgern und entsprechenden Stellen (z. B. Kranken-/Pflegekasse, Jugendhilfeträger, Schulaufsichtsbehörde, Arbeitsamt, behandelnde Ärzte, Maßnahmeträger etc.) einholen darf.

Über die Vorschriften zur Mitwirkungspflicht, deren Grenzen sowie die möglichen Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde(n) ich/wir belehrt.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

- Ich bin allein sorgeberechtigt.
 Ich bin **nicht** allein sorgeberechtigt*.

Ort, Datum

Mutter/Sorgeberechtigte

Vater/Sorgeberechtigter

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, im Interesse beider am Sorgerecht beteiligten Parteien zu handeln!