

An den

**Landkreis Aurich
- Sozialamt –
Fräuleinshof 3
26506 Norden**

Antrag auf Gewährung von teilstationärer Eingliederungshilfe

heilpädagogische Maßnahmen im Vorschulalter in
teilstationären Einrichtungen

nach §§ 53, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 SGB IX im

- Integrationskindergarten
 Sonderkindergarten
 Sprachheilkindergarten

? bitte unbedingt eintragen !

Name und Anschrift des Kindergartens

Betreuung ab

Erstantrag **Folgeantrag**

Angaben zum Kind:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort	Straße, Hausnummer		
zugezogen am	von	Telefon	
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei		

Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen

Eltern/Betreuungsperson	Mutter	Vater	Pflegeeltern/Vormund o.ä.
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
beschäftigt als/ bei			
Staatsangehörigkeit			
Sonstige Kinder im Haushalt	1	2	3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			

Weitere Angaben:

Wenn Sie Ausländer/in / Asylbewerber/in sind, bitte Kopie vom Pass mit Aufenthaltserlaubnis/Duldung vorlegen!

Ansprüche gegen Dritte:

Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche?

(z. B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalles oder Impfschadens eingetreten ist)

ja nein

Es bestehen
<input type="checkbox"/> keine weiteren Ansprüche
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
<input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz
<input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Zivildienstgesetz
<input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise

Bestehen Beihilfeansprüche gemäß den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zuständige Stelle:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Anlagen:

Ausweiskopie /bei ausländischen Hilfesuchenden

Unterlagen hinsichtlich Schadensersatzansprüchen

Antragsbegründung /Art der bestehenden/drohenden Behinderung

Kurze Schilderung:

Bei **Schulpflichtigen** den Schulrückstellungsbescheid der Schuluntersuchung beifügen

Wird Ihr Kind bereits betreut? ja nein

durch eine ambulante Maßnahme (Hausfrühförderung, Autismustherapie o.ä.) in Tagespflege

Begleitende Maßnahmen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fachklinik | <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt/Pädaudiologie |
| <input type="checkbox"/> Fachärzte | <input type="checkbox"/> Psychomotorik | <input type="checkbox"/> HNO-Klinik/Pädaudiologie |
| <input type="checkbox"/> Kinderärzte | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Kinderarzt |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Frühförderung |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Augenklinik | <input type="checkbox"/> sonstiges |

☑☑Aufnahmemitteilung vom Kindergarten beifügen!

Im Kindergarten wird ein Mittagstisch gereicht

ja nein

Vormittagsgruppe Nachmittagsgruppe

Mein Kind nimmt am Mittagstisch des Kindergartens teil.

ja nein

Aufnahme ab:

Stempel/Name des Kindergartens

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I - SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe.

Kostenbeitrag

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich einen Kostenbeitrag im Rahmen der häuslichen Ersparnis zu zahlen habe sobald mein Kind an der Gemeinschaftsverpflegung des Kindergartens teilnimmt.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB), Zwölftes Buch (XII).. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderungen mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Urschriftlich zurück an

**Landkreis Aurich
-Sozialamt-
Fräuleinshof 3
26506 Norden**

Betr.:II/50 / (sofern bereits vorhanden)

Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Ich befreie die/den Mitarbeiter/in:

(Name, Institution)

(Name, Institution)

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber/wechselseitig:

(Name, Institution)

(Name, Institution)

(Name, Institution)

im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfanges im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende des festgestellten Hilfezeitraums.

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

Ort Datum Unterschrift
(ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r)