

# Landratsamt Kyffhäuserkreis

## - Jugend- und Sozialamt -

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch Art der Leistung: <b>INTEGRATIONSHILFER</b>	Ausgangsstempel Behörde:  Eingangsstempel Behörde:
--	--

**Personalien des zu unterstützenden Kindes:**

Name, Vorname(n)
Geburtsdatum, Geburtsort
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Steueridentifikationsnummer
Geschwister (Name, Geburtsdatum, bereits etablierte Hilfen)

**Personalien der Sorgeberechtigten:**

	Mutter/Pflegemutter*	Vater/Pflegevater*
Familienname, ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer		
Emailadresse		
Wer ist sorgeberechtigt?*		
(Ausweis in Kopie beifügen)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (für Ausländer)		
Ausweisnummer		

*\* Im Falle einer Pflegschaft oder bei speziellen Regelungen zum Sorgerecht sind dem Antrag Nachweise darüber einzureichen, speziell für die Gesundheitsvorsorge und das Recht auf Antragstellung.*

**Angaben zur aktuell besuchten Schule des Kindes bzw. der aufnehmenden Schule:**

Name				
Anschrift				
Telefonnummer				
Emailadresse				
derzeitiges Schuljahr bzw. voraussichtliches Einschulungsjahr				
Erfolgte bereits eine sonderpädagogische Begutachtung?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erfolgte bereits eine sonderpädagogische Beschulung?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

**Anderweitige Ansprüche, insbesondere Versicherungs- und Versorgungsansprüche:**

	des Kindes	des Vaters	der Mutter
1. Anspruch gegenüber folgender Krankenkasse	Kind versichert über <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	Name und Anschrift der Krankenkasse	Name und Anschrift der Krankenkasse
	Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:
2. Ansprüche aus gesetzlicher oder privater Unfallversicherung Versicherungsträger Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht
	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen
	bei	bei	bei
3. Ansprüche gegenüber einer privaten Versicherung Versicherungsgesellschaft Art des Anspruchs Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht
	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen
	Name	Name	Name
4. Ansprüche aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis Dienstherr/Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht	<input type="checkbox"/> bestehen nicht
	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen	<input type="checkbox"/> bestehen
5. Sonstige Ansprüche (nähere Erläuterung)			
6. Grad der Behinderung	wurde festgelegt: %	wurde festgelegt: %	wurde festgelegt: %
	wurde nicht festgelegt	wurde nicht festgelegt	wurde nicht festgelegt
7. Pflegestufe/Pflegegrad	Stufe/Grad:	Stufe/Grad:	Stufe/Grad:
	seit wann:	seit wann:	seit wann:
	wurde nicht festgelegt	wurde nicht festgelegt	wurde nicht festgelegt

**Erklärung**

Ich versichere/wir versichern, dass die vorstehenden Angaben 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 und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückgezahlt werden müssen. Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse meines/unseres Kindes, werde ich/werden wir unaufgefordert sofort dem Sozialhilfeträger melden.

Unterschriften der Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Sorgeberechtigter Vater

Sorgeberechtigte Mutter

Vormund/Betreuer

**Anlagen**

- Schweigepflichtsentbindung
- Einwilligung zur Übermittlung von Unterlagen/Gutachten
- Formblatt Ansprüche auf Kriegsofferrente und Beihilfeansprüche von Beamten
- Angaben zum Kind
- Begleitende Hilfen

Zu-/Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. des Kindes: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort des Kindes: \_\_\_\_\_

## **Schweigepflichtsentbindung**

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X – Verwaltungsverfahren)

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines/unseres Antrages auf:

### **Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII**

---

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich/uns bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Gutachten, Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, im notwendigen Umfang zur Einsicht bezieht bzw. an Behörden, weiterleiten darf, sofern dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der beantragten Hilfe erforderlich ist.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich/wir genehmige/n die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde/n die beteiligte/n Person/en, aus der/den oben genannten Institution/en, von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nicht auf:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigter Vater

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vormund/Betreuer

# EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachtens/sonstige Unterlagen der Krankenkassen

Gutachtens/sonstige Unterlagen des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort des Kindes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kindes

zur Prüfung und Feststellung meines/unseres Anspruches auf Gewährung von Leistungen gegenüber

- der Krankenkassen
- der Pflegekassen
- der Unfallkasse
- dem Träger der Sozialhilfe
- dem Träger der Jugendhilfe
- dem Träger der Kriegsopferfürsorge

erteile/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Übermittlung der oben angegebenen Gutachten/sonstigen Unterlagen.

Ich/wir wurde/n auf meine/unsere in §§ 60 ff. geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkungen (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) hingewiesen. Des Weiteren wurde/n ich/wir darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Übermittlung des Gutachtens an den oben genannten Leistungsträger nach § 35 SGB I in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zulässig ist.

Ich/wir wurde/n in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf mein/unser in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich/wir keinen Gebrauch mache/n.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigter Vater

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vormund/Betreuer

Name des Kindes:

[Redacted]

**1) Ansprüche auf Kriegsopferrente**

**Haben Sie oder Angehörige von Ihnen durch Kriegseinwirkung oder durch Dienst bei der Bundeswehr Schäden erlitten ?**

ja  nein

*Falls ja, bitte Namen, Schädigung und Versorgungsamt, wo evtl. ein Vorgang besteht, angeben !*

	1	2	3
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis			
Straße Nr.			
PLZ, Wohnort			
Schädigung			
Versorgungsamt			

**2) Beihilfeansprüche von Beamten**

**Sind oder waren Sie, Ihre Eltern oder Ihr Ehegatte ein Beamter, Richter, Witwe/r eines Beamten oder Kind eines verstorbenen Beamten ?**

ja  nein

*Falls ja, bitte Namen und Beihilfestelle angeben !*

	1	2	3
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis			
Straße Nr.			
PLZ, Wohnort			
Beihilfestelle			

[Redacted]  
Ort, Datum

[Redacted]  
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

[Redacted]  
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

[Redacted]  
Unterschrift Vormund/Betreuer

**Angaben zum Kind - aus Sicht der Sorgeberechtigten:**

**1. Beschreibung Ihres Kindes im häuslichen Umfeld mit dessen Besonderheiten:** (Eine kurze Darstellung ist dringend erforderlich!)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. In welchem Bereich bemerken Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?**

<u>Bereich</u>	<u>seit wann:</u>
<input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung	_____
<input type="checkbox"/> Bewegungsentwicklung	_____
<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung/Lernen	_____
<input type="checkbox"/> Sprache	_____
<input type="checkbox"/> Verhalten/sozial-emotionale Entwicklung	_____
<input type="checkbox"/> sinnesspezifische Entwicklung - Hören	_____
<input type="checkbox"/> sinnesspezifische Entwicklung - Sehen	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges:	_____

**3. Begründen Sie die Notwendigkeit des Einsatzes eines Integrationshelfers:**

(Eine kurze Darstellung ist dringend erforderlich!)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Begleitende Hilfen:**

<b><u>Ärztliche Versorgung</u></b>	<b><u>Name/Anschrift</u></b>	<b><u>Tel.-Nr.</u></b>	<b><u>Einzureichende Unterlagen</u></b>
Haus-/Kinderarzt/-ärztin			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztberichte/Gutachten</li> <li>• Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen (<i>Kopien aus dem Kinder-Untersuchungsheft</i>)</li> </ul>
bereits aufgesuchte Fachärzte (bspw. HNO-Arzt, Neurologe), Psychologen			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gutachten</li> <li>• Arztbriefe/-berichte</li> </ul>
bereits aufgesuchte medizinische, sozialpädiatrische oder ähnliche Einrichtungen (bspw. SPZ, MVZ)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gutachten</li> <li>• Arztbriefe/-berichte</li> <li>• Testberichte (unter anderem von den Therapeuten)</li> </ul>
<b><u>Weitere in Anspruch genommene Hilfen</u></b>			
Ergotherapie			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
Physiotherapie			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
Logopädie			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
Psychotherapie			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
Familienberatung			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termine: _____</li> </ul>
Orthopädietechnik			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung über verordnete Hilfsmittel (bspw. Rollstuhl, Brille, Hörgerät, Orthesen)</li> </ul>
Krankenhausaufenthalte (einschließlich Operationen → wann und welche)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbriefe/-berichte</li> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
Rehabilitationsmaßnahmen (bspw. Kur)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbriefe/-berichte</li> <li>• Therapieberichte</li> </ul>
weitere Hilfen v. Jugendamt (bspw. Hilfen z. Erziehung)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichte</li> </ul>
Sonstiges			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichte</li> </ul>
<b><u>Zur Zeit besuchte Schule bzw. Schule in der das Kind angemeldet ist</u></b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Regel-, Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Förderzentrum			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der vorgehaltenen schulischen Hilfen</li> <li>• Einschätzung der Schule zum Bedarf des Kindes (wenn das Kind bereits diese Schule besucht)</li> <li>• Aktuelles Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs</li> </ul>