

## Landratsamt Kyffhäuserkreis - Jugend- und Sozialamt -

<p style="text-align: center;">Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch</p> <p style="text-align: center;">Art der Leistung: <b>FRÜHFÖRDERUNG</b></p>	<p style="text-align: center;">Ausgangsstempel Behörde:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Eingangsstempel Behörde:</p>
---	---

**Personalien des zu fördernden Kindes:**

Name, Vorname(n)
Geburtsdatum, Geburtsort
Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Steueridentifikations-Nr.

**Personalien der Sorgeberechtigten:**

	Mutter/Pflegemutter*	Vater/Pflegevater*
Familiename, ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand		
Straße, Haus-Nr.		
Postleitzahl, Ort		
Telefon-Nr., ggf. Emailadresse		
Wer ist sorgeberechtigt?		
Vormund/Betreuer (Ausweis in Kopie beifügen)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (für Ausländer)		
Ausweisnummer		

\* Bei Pflegeeltern: Bitte Nachweis über die Pflegschaft und die Gesundheitsvorsorge beifügen.

**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/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.

Unterschrift/en der Eltern

Ort, Datum Vater Mutter evtl. Sorgeberechtigter

**Anlagen**

- Schweigepflichtsentbindung
- Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes
- Formblatt Ansprüche auf Kriegsofferrrente und Beihilfeansprüche von Beamten
- Angaben zum Kind
- Begleitende Hilfen