

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem <input checked="" type="checkbox"/> SGB XII Art der Leistung: <u>Integrationshelfer</u>	Landratsamt Kyffhäuserkreis - Jugend- und Sozialamt - Eingangsstempel Behörde
--	---

1. Personalien des zu fördernden Kindes und seiner Eltern

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	derzeitiges Schuljahr / voraussichtliches Schuljahr
Anschrift	

	Mutter/Pflegemutter	Vater/Pflegevater
Familienname ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse/PLZ/Wohnort		
Familienstand		
Tel.-Nr.		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer)		
Ausweisdokument		
Nummer des Ausweisdokuments		
Vormund/Betreuer (Betreuerausweis vorlegen)		

2. Schule bzw. Schule in die eingeschult werden soll

Name und Anschrift, sowie Telefonnummer:
erfolgt bereits eine sonderpädagogische Beschulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
erfolgt bereits eine sonderpädagogische Begutachtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Gründe für die Notwendigkeit des Einsatzes eines Integrationshelfers

4. Anderweitige Ansprüche, insbesondere Versicherungs- und Versorgungsansprüche

	des zu förderndes Kindes		des Vaters		der Mutter	
1. gegenüber folgender Krankenkasse	Kind versichert über		Name und Anschrift der Krankenkasse		Name und Anschrift der Krankenkasse	
	<input type="checkbox"/>	Vater				
	<input type="checkbox"/>	Mutter				
	Versicherungsnummer:		Versicherungsnummer:		Versicherungsnummer:	
2. Ansprüche aus gesetzlicher oder privater Unfallversicherung	<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	<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	
	Aktenzeichen					
4. Ansprüche aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis	<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
Dienstherr/Aktenzeichen						
5. Sonstige Ansprüche (nähere Erläuterung)						
6. Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/>	wurde festgelegt: %	<input type="checkbox"/>	wurde festgelegt: %	<input type="checkbox"/>	wurde festgelegt: %
	<input type="checkbox"/>	wurde nicht festgelegt	<input type="checkbox"/>	wurde nicht festgelegt	<input type="checkbox"/>	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

Leistungsberechtigter:

1) Ansprüche auf Kriegsoffiziersrente

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			

Ort, Datum

Unterschrift

Zu- und Vorname: _____ geb. am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Schweigepflichtsentbindung

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines Antrages auf:

Eingliederungshilfe

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich 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 genehmige die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nicht auf:

Datum: _____ Unterschrift: _____

EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Gutachten des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber

der Pflegekasse _____

dem Träger der Sozialhilfe Eingliederungshilfe

dem Träger der
Kriegsopferfürsorge _____

erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des oben angegebenen Gutachtens.

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

Ort, Datum

Unterschrift