

Zurück an:

Landkreis Aurich
 Eingliederungshilfe
 Fräuleinshof 3
 26506 Norden

Antrag eingegangen am:

(Eingangsstempel)

Antrag ausgehändigt:

(Namenszeichen)

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Neuantrag Folgeantrag

ab dem: _____

I) Beantragte Leistung*

Frühförderung

Frühförderung in Form einer
 Hausfrühförderung
 Kleingruppenförderung

Kindergarten/Schule

Schulbegleitung
 Schule: _____
 Integrationskindergarten/-krippe
 Sprachheilkindergarten
 Heilpädagogischer Kindergarten
 Teilnahme am Mittagstisch?
 Ja Nein
 Tagesbildungsstätte

Sonstige Hilfen

Ambulante Autismustherapie Sonstiges:

Hilfsmittel:

Anbieter

Ich wünsche die Leistungserbringung durch folgenden
 Anbieter:

* durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben

II) Grundangaben

Name, Vorname (des Kindes) Geburtsdatum Geschlecht
 männlich weiblich trans/inter

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Geburtsort und Staatsangehörigkeit* Telefonnummer E-Mail-Adresse

Krankenkasse (mit Anschrift und Versicherungsnummer)

* Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

| | |
|---|--|
| Mutter: _____ geb. am: _____ Anschrift: Vater: _____ geb. am: _____ Anschrift: | Ggf. Pflegeeltern, Vormund/in*, Erziehungsberechtigter Name: _____ Anschrift: |
|---|--|

* Bevollmächtigung beifügen

Hat Ihr Kind bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

nein ja wann: _____

von wem: _____

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat, Unfall, Impfschaden, mangelnde ärztliche Behandlung) zurück? nein ja: _____

| VII) Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute | |
|---|---|
| Jahr | Lebensverlauf/Wohnsituation |
| | |
| | |
| Aktuelle Wohnsituation | <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| Geschwister | <input type="checkbox"/> Keine Geschwister <input type="checkbox"/> Geschwister: Anzahl: _____, davon im Haus lebend: _____ Geburtsdaten: _____ |
| VIII) Schulische Laufbahn | |
| Krippe | |
| Kindergarten | |
| Hort | |
| Schule | Schulabschluss vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ausbildung | |
| Sonstiges | |
| IX) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)* | |
| Einstufung | <input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Beginn der Anerkennung: _____ Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen): _____ _____ Erhalten Sie den Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wofür nutzen Sie den Entlastungsbetrag? _____ |

Nachweise beifügen/ Gutachten des Medizinischen Dienstes beifügen

| X) Gesundheit | |
|--|---|
| Aktuelle Diagnose nach ICD 10 (bitte Arztberichte beifügen) | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Art der Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung |

| XI) Umweltfaktoren | |
|---|--|
| Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom: _____ Befristet bis: _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____ |
| Verfügbare Ressourcen | Hilfsprodukte und Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |

| XII) Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger | |
|--|---|
| Bisherige Unterstützung | Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang) |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Unterstützung/Förderung vorschulischer Bereich | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung/Förderung schulischer Bereich | |
| <input type="checkbox"/> Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, usw.) | |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung | |
| Art | Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang) |
| <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, usw.) | |
| <input type="checkbox"/> Sozialraum | |
| <input type="checkbox"/> Sozialberatung | |
| <input type="checkbox"/> Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX) | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III) | |
| <input type="checkbox"/> Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V) | |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege (SGB V) | |
| <input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik | |
| <input type="checkbox"/> Institutsambulanz (SGB V) | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung | |

Hinweise:

Sofern Sie einen Termin zu einem Beratungsgespräch erhalten, bringen Sie diesen Kurzantrag bitte ausgefüllt und, soweit vorhanden, weitere medizinische Unterlagen mit.

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. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgen aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) und der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und der Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Auf die beigefügte Schweigepflichtentbindung, die bestandteil dieses Antrages ist, weise ich hiermit hin.

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 Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung ist eine vom Leistungserbringer und Kostenträger unabhängige Stelle, die für alle Antragsteller und Hilfesuchenden bereitsteht und umfangreiche Beratung anbietet.

Unabhängige Teilhabeberatung Ostfriesland

| | | |
|----------------|---|---|
| Standorte: | Standort Aurich Jahnstraße 2 26603 Aurich | Standort Wiesmoor Hauptstraße 193 26639 Wiesmoor |
| | Standort Pewsum Schatthausstraße 31 26736 Pewsum | Standort Norden Uffenstraße 1 26506 Norden |
| | Standort Emden Osterbutvenne 4 26721 Emden | |
| Telefonnummer: | 04921 9067300 | |
| Handy: | 0172 1382956 | |
| E-Mail: | info@teilhabeberatung-ostfriesland.de | |
| Web: | www.teilhabeberatung-ostfriesland.de | |

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in

Anlagen

Schweigepflichtentbindung

Einwilligungserklärung Datenschutz