

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (§§ 53, 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII)
hier: teilstationäre Sprachheilintensivmaßnahme "Komm & Sprich"

1. Angaben zum Kind: <input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind (bitte 1.1 ausfüllen!)		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
zugezogen am	von	seit Geburt dort wohnhaft <input type="checkbox"/> ja
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	Pflegestufe
1.1 Unterbringung in einer Pflegefamilie/Pflegestelle		
Zuständiges Jugendamt:	dortiges Aktenzeichen:	
Sachbearbeiter/in:	Telefonnummer:	

2. Angaben zu den Haushaltsangehörigen		
Vater		
Name, Vorname	Telefonnummer	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
beschäftigt als	bei	<input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen nach dem SGB II / XII Bitte den aktuellen Bescheid beifügen!
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

Mutter		
Name, Vorname	Telefonnummer	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
beschäftigt als	bei	<input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen nach dem SGB II / XII Bitte den aktuellen Bescheid beifügen!
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

sonstige Haushaltsangehörige (weitere Kinder, Großeltern etc.)						
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh. zu 1. (Kind)	Familienstand	Staatsangehörigkeit	Beruf

Ich bin bereit, mit meinem Kind die vorgeschlagene Maßnahme durchzuführen und verpflichte mich, sie auch ordnungsgemäß einzuhalten. Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis im Zuge des Bewilligungsverfahrens den beteiligten Stellen zugeleitet wird.

Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen haben. Ich bin verpflichtet, jede Veränderung der Familien- und Wohnverhältnisse des Kindes unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Maßnahme mitzuteilen.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Die Anlage M (Mitwirkungspflichten) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

3. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der/die zuständige Sachbearbeiter/in des Sozialamtes medizinische Unterlagen anfordern kann, soweit sie entscheidungsrelevant sind.

Gleichzeitig entbinde ich die behandelnden bzw. begutachtenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

Urschriftlich zurück:

Behörde
**Kreis Steinburg
Kreissozialamt/Eingliederungshilfe
Postfach 1632
25506 Itzehoe**