

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
in Form von heilpädagogischen Leistungen für Kinder
(§§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 Abs. 2 Nr. 2 und 56 SGB IX)**

Folgende heilpädagogische Leistung wird beantragt:

☞ bitte ankreuzen und ggf. Name und Anschrift der Förderstätte / des Kindergartens eintragen ☜

<input type="checkbox"/> Hausrühförderung	
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung im Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Autismusspezifische Förderung durch	
<input type="checkbox"/> Sonstige Förderung durch	

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	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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**

Antrag HPM